Rok XXVI. Kraków, 9 Lipca 1887. Nr. 28.

Redakcyja:
Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja:
Ulica Sławkowska Nr. 8, I. piętro.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Cena ogłoszeń.
które przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a w *Paryżu* p. Adam, 4 Rue Clement, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH
KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniéj półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy
zwracają się
tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 16 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 4 „	„ 6 „

I. Z zakładu patologiczno-anatomicznego Prof. Dra Hlavy w Pradze.

O komórkach olbrzymich w naciekach zapalnych i w niektórych nowotworach.

Napisał
Dr. Andrzéj Obrzut
1szy asystent tegoż zakładu.

(Dokończenie. Patrz Nr. 27).

4) Komórki olbrzymie w mięsakach olbrzymio-komórkowych. Materyjał, który mi posłużył do badania tego rodzaju komórek olbrzymich, stanowią dwa przypadki mięsaków, pochodzące z szczęki dolnéj. Preparaty były stwardnione tylko w spirytusie. Preparatów z rozczynu Fleminga nie miałem pod ręką. Pomimo tych niekorzystnych warunków udało mi się uzyskać rezultaty, które upoważniają do pewnych wniosków co się tyczy powstania komórek olbrzymich w mięsakach.

Virchow (*Die krankhaften Geschwülste* II, pag. 318, 1864—65) uważa komórki olbrzymie za produkty proliferacyjne składników okostny, składniki te pomału rosną, liczba jąder wzmaga się, podczas gdy inne składniki téj okostny stają się komórkami wrzecionowatemi lub gwiazdkowatemi. I większość innych autorów uważa te komórki za wybujałe jądra w jednéj masie pierwoszcza. Tę teoryję proliferacyjną stara się uzasadnić Siegenbeck (*Sarcome und plastische Entzündung* tom 107, pag. 393) na podstawie owych spostrzeżeń nad istotą chromatyczną proliferujących jąder. Autor ten zauważył mianowicie obrazy w jądrach, które czyniły na niego wrażenie dzielenia się na trzy i cztery części. Ten podział jądra nazywa nietypowym i od niego wywodzi komórki olbrzymie. Na tém jednak spostrzeżeniu, uczynioném na preparatach stwardniałych w wyskoku, nie można jeszcze ugruntować teoryi o proliferacyi, zatrzymuje ono nadal słabe swe strony, które na wstępie wymieniłem. Moje dwa przypadki mięsaka olbrzymiokomórkowego utwierdzają mnie w przekonaniu o słuszności teoryi o spływaniu komórek. Głównym składnikiem w tych nowotworach są krótkie komórki wrzecionowate z niewielką ilością delikatnie włóknistéj istoty międzykomórkowéj, mniéj liczne są komórki podobne do epitelioidowych lub gwiazdkowate, liczne są również naczynia krwionośne i komórki olbrzymie najrozmaitszych kształtów i wielkości, wejrzenia prawie zwierzęcego jak się trafnie Virchow (l. c.) wyraża. Tkanka nowotworowa nie jest nigdzie zbitą, znajduje się w niéj mnóstwo przestworów szczelinowatych najrozmaitszych kształtów, a ograniczonych wiązkami komórek wrzecionowatych lub okrągławych. Większa część tych przestworów odpowiada bezwątpienia kanałom odżywczym i naczyniom limfatycznym. Tak pierwoszcze jakoteż jądra komórek olbrzymich przedstawiają liczne szczegóły uwagi godne. Pod względem zbitości (ziarnistości) pierwoszcza znajdują się tu znaczne różnice. Pewne komórki mają pierwoszcze zbite jednostajnego wejrzenia, inne mniéj lub więcéj ziarniste. Zamiast ziarn często spotykamy delikatną siatkę o oczkach podłużnych lub okrągławych. Te różnice w pierwoszczu można zauważyć i w jednéj i téj saméj komórce olbrzymiéj. Pewna część jéj ma pierwoszcze o wejrzeniu jednostajném dosyć silnie się barwiącém, które zwolna przechodzi w wyraźnie ziarniste lub włóknkowate. W pierwoszczu tém spotykamy liczne (o wiele liczniejsze niż gdzieindziéj) wakuole okrągłe lub owalne z komórkami lub bez nich. Ilość tych wakuol jest niekiedy tak wielka, że zajmują większą część całéj komórki olbrzymiéj. Wielkość ich jest także różna. W tych wakuolach, jak wspomniałem, mieszczą się komórki najczęściéj podobne do limfoidalnych, w innych razach masa delikatnie ziarnista bezbarwna. Wakuole te najczęściéj znajdują się w obwodowych częściach pierwoszcza. W innych razach są one jeszcze więcéj powierzchowne, mianowicie tworzą tylko wręby na brzegach, półkoliste lub koła i elipsy zamknięte otoczeniem komórki olbrzymiéj. Wreszcie znajdujemy komórki olbrzymie z nieznaczną ilością jąder lub nawet bez tychże z różną

ilością wakuol lub bez nich. Komórki olbrzymie odpowiadają kształtem swym owym wyżej wspomnianym przestworom limfatycznym i naczyniom krwionośnym. Świadczą za tém te obrazy, w których jedna część takiego przestworu wypełniona jest komórką olbrzymią, druga natomiast masą drobnoziarnistą bezbarwną, zupełnie podobną do limfy skrzeplej w wyskoku. Zamiast limfy spotykano często krew w różnych stopniach rozpadu. W niektórych komórkach olbrzymich znajduje się w środku lub mimośrodkowo okrągławy otwór na kształt wielkiéj wakuoli, a w niém rozpadające się ciałka krwi czerwone. Cała ściana naczynia krwionośnego pokryła się w tym razie pierwoszczem komórki olbrzymiéj, a światło naczynia znacznie się zwęziło.

Przestwory limfatyczne niewypełnione jeszcze komórkami olbrzymiemi mają na ścianach swych pokład komórek krótkich, wrzecionowatych, podobnych do innych komórek mięsakowych. Niektóre z nich bujają do światła przestworu, otoczone są dosyć obfitém pierwoszczem i delikatnemi molekułami bezbarwnemi. Molekuły te tworzą niekiedy zbitsze masy, których nie można już odróżnić od właściwego pierwoszcza i łączą komórki przyległe w jednę całość. Spływanie komórek na ścianach przestworów limfatycznych przychodzi tym sposobem do skutku. Nie spływają tu bezpośrednio masy pierwoszcza, ale dzieje się to za pomocą owéj z początku delikatnie molekularnéj istoty, która późniéj zagęszcza się i przybiera własności optyczne pierwoszcza komórki olbrzymiéj.

Jądra komórek olbrzymich były w jednym przypadku mięsaka zbliżone do leukocytów, w drugim przeważały jądra owalne lub okrągłe podobne do przyblonkowych, lub nie różniły się niczém od innych komórek mięsakowych. Na niektórych tylko komórkach mięsakowych zauważyłem mitozy i to rzadko bardzo wyraźne, nigdy nie widziałem ich na jądrach komórek olbrzymich. Badanie pod tym względem preparatów wyskokowych nie prowadzi do pewnych rezultatów, toteż i podania Siegenbecka (l. c.) nie wzbudzają wiele zaufania. Z analogii tylko z innych komórek olbrzymich wnosić można, że i w komórkach mięsakowych tylko pewna część ich jąder odpowiada komórkom na miejscu utworzonym, inne są imigrowanemi.

Na podstawie powyższych właściwości histologicznych wydaje mi się usprawiedliwioném przypuszczenie, że komórki olbrzymie mięsakowe przedstawiają tylko przecięcia naczyń krwionośnych i przestworów, w których krążą soki odżywcze. Komórki, które ze ścian tych naczyń i przez ściany dostały się do ich światła, podlegają i wywołują ten sam szereg zmian wstecznych jak w obec ciał obcych. Ale jak tam, tak i tutaj ostateczną przyczyną spływania komórek są niekorzystne warunki odżywcze, jakim podlegają pewne komórki. W mięsakach szybko rosnących nawet z wielką ilością naczyń krwionośnych jest dosyć przyczyn zaburzeń w krążeniu i odżywianiu, jak o tém świadczą częste przemiany wsteczne w tych nowotworach.

Pewną cechę właściwą komórkom olbrzymim mięsakowym, niekoniecznie jednak wyłączną, nadają tymże liczne wakuole, które są prawie stałym u nich objawem. Malassez i Monod (*Sur les tumeurs à myeloplaxes. Archives de physiologie* 1878) uważają komórki olbrzymie z temi utworami za „metatypowe“ zarodki naczyń, podobnie Brodowski (*Ueber den Ursprung sog. Riesenzellen. Virchows Archiv* T. 63). Według moich spostrzeżeń komórki olbrzymie stoją w związku z naczyniami, nie są jednak ich zarodkami, lecz tylko przemianą wsteczną naczyń. Wakuole zaś nie są niczém inném, jak tylko przemianą istot krzepnących w naczyniu. Tak w starszych zakrzepach jakoteż na skrzepléj limfie lub krwi wakuole są zwyczajném zjawiskiem, i tak samo częstém jak w komórkach olbrzymich mięsakowych. W starszych zakrzepach obok włóknika oddziaływającego dodatnio na próbę Weigerta spotykam masy drobnoziarniste tylko nieznacznie się barwiące, a w masach tych liczne spotykam wakuole. Masy te ani optycznie, ani mikrochemicznie nie różnią się niczém od pierwoszcza komórek olbrzymich mięsakowych. To podobieństwo lub nawet ta tożsamość istot tak na pozór różnych, jak pewne składniki zakrzepów i tak zwane pierwoszcze komórek olbrzymich popiera niemało moje zapatrywanie na komórki olbrzymie mięsakowe. Teoryja o zlewaniu się komórek w powyższy sposób przezemnie zmodyfikowana tłumaczy nam daleko jaśniéj powstawanie komórek olbrzymich, aniżeli teoryja proliferacyjna, któréj przedewszystkiém brak wszelkiéj podstawy histologicznéj.

Nauka o komórkach olbrzymich staje się tém samém jednolitą, wszystkie rodzaje komórek olbrzymich można tym sposobem odnieść do jednych i tych samych warunków, mianowicie równocześnie przebiegających spraw pro- i regressywnych.

II. O hypnotyzmie ze stanowiska fizyjologicznego.

Napisał Prof. Dr. N. Cybulski.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 27).

Na podstawie zestawienia wszystkich przytoczonych tu faktów można już do pewnego stopnia wskazać główne cechy stanu hypnotycznego, a mianowicie, że stan ten jest skutkiem pewnych zaburzeń w czynnościach mózgowych osoby zahypnotyzowanéj: wola i świadomość są zawieszone lub znacznie obniżone, pozostaje tylko zdolność do czynności nieświadomych; hypnotyk staje się automatem i w skutek tego zależnym tak od różnych wpływów zewnętrznych, jak od własnych motywów, które świadomie powstały wśród czuwania: oddziaływa na te wpływy z pewną dokładnością, lecz oddziaływanie to możnaby nazwać odruchem psychicznym; jedném słowem staje się nietylko żyjącą ale i myślącą machiną. Rozpatrzmy teraz czy podobnego stanu nie można wywołać, czy podobnych zjawisk nie spostrzega się wśród innych warunków, czy też przytoczone wyżéj zjawiska są właściwe tylko stanowi hypnotycznemu. Weźmy nasamprzód stan prawidłowy. Karol Richet [50]) zauważył, że u wielu całkiem zdrowych osób w obec zupełnéj świadomości przez poddawanie można wywołać pewne wyobrażenia i odpowiadające tym wyobrażeniom ruchy, tak np., jeżeli w oczach kilku osób nalewa się wody do szklanki i z przekonaniem powiada, że woda zamieniła się w ocet i prosi o skosztowanie, to chociaż wszyscy kosztujący oświadczą, że woda nie jest kwaśną, pewne jednak osoby przyjmą taki wyraz twarzy, jakby piły ocet; również, jeżeli wspomina się o pewnych nielubianych zwierzętach lub udaje, że się je wypuszcza, to pewne osoby pomimo mocnego przekonania, że tych zwierząt nie ma, wydają krzyki, robią grymasy, jakby rzeczywiście je widziały i usuwają się od osoby poddającéj; wiadomo powszechnie, że przy każdém silném wyobrażeniu pewnéj czynności, jeżeli nie zwracamy na siebie uwagi, mimo woli wykonywamy odpowiednie ruchy, chociażbyśmy nawet wyobrażali sobie ruchy zwierząt: tak samo rzecz się ma z uczuciami. Lecz oprócz wymienionych stanom psychi-

cznym mogą towarzyszyć inne zmiany w cielesnych czynnościach organizmu. Richet przytacza pewnego młodzieńca, który, gdy w licznem towarzystwie podczas obiadu wspominano o szczurach, dostał mdłości i stracił zupełnie apetyt. Carpenter wspomina o pewnym prokuratorze, który podczas ekshumacyi zwłok dziecka, pochowanego przed kilku tygodniami, bardzo się niepokoił, że trup będzie cuchnął. Gdy wydobyto trumnę, już przed odkryciem wieka poczuł bardzo nieprzyjemny zapach i zaraz zemdlał. Po odkryciu wieka okazało się, że trumna była próżną i nie było najmniejszych śladów trupa. Manouvrier [51]), gdy znajdując się pewnego razu na balkonie 6go piętra w myśli zastanowił się nad tém, że w razie pożaru musiałby się spuszczać na niższy balkon i bardzo wyraźnie przedstawił sobie ten obraz, poczuł, że dłonie pokryły się potem. Praktyka życia codziennego przedstawia także liczne dowody, że rozmaite stany psychiczne: wyobrażenia, uczucia, emocyje, afekty, odpowiadające stanom czynnym pewnych części kory mózgowéj, wywolują zmiany w najrozmaitszych czynnościach cielesnych, jakto już wspomnieliśmy kilkakrotnie: niespodziewana radość przyspiesza tętno, smutek zwalnia je, wstyd wywołuje rozszerzenie naczyń na twarzy, strach ogólne zwężenie naczyń. Botkin wykazał zmiany w objętości śledziony, zależnie od stanów psychicznych: uczuć i afektów. Mosso, robiąc doświadczenia pletysmograficzne nad sobą, zauważył, że ilekroć do pokoju wchodził prof. Ludwig, pióro pletysmografu się obniżało, wskazując, że naczynia obwodowe się zwężały i prawdopodobnie rozszerzały się w mózgu; wejście kolegów zmian podobnych nie wywoływało. Mosso przypuszcza, że zjawisko to zależało najprawdopodobniéj od pewnych emocyj, z których on sobie sprawy nie mógł zdać, a które mógł uczuwać w obec prof. Ludwiga, osoby, dla któréj czuł największe uszanowanie. Dr. Istomanow w pracy „o wpływie słabych podniet na system krwionośny człowieka" podaje również kilka pod tym względem ciekawych szczegółów. Jeżeli pewna podnieta, przypuśćmy lekkie drażnienie pędzelkiem czoła lub ucha, pęcherz z lodem na rękę, kwas zastósowany na język, wystrzał z małego pistoletu itp. wywoływały pewne zmiany w naczyniach lub tętnie, to przy powtórnych doświadczeniach wystarczało w pewnéj chwili powiedzieć badanéj osobie, że będzie zastósowany ten lub inny środek, aby wywołać te same zmiany, które powstawały podczas działania rzeczywistego wymienionego środka. Oczywiście więc w danym przypadku wyobrażenie o działaniu środka wywoływało ten sam skutek, jak i sam środek zupełnie pomimo woli i świadomości badanego. Dogiel badając wpływ muzyki na krążenie krwi zauważył, iż zmiany w naczyniach krwionośnych u pewnego Tatara bywały wtedy tylko wybitne, gdy grano motywa tatarskich pieśni. Wiadomo także, że niektóre osoby posiadają zdolność wywoływania u siebie gęsiéj skóry, t. j. umieją dowolnie się najeżać. Sieczenow w jednym przypadku stwierdził, że osoba posiadająca tę zdolność chcąc wywołać gęsią skórę wyobraża sobie, że się znajduje nago na dworze podczas mrozu. Prócz tego Danilewski i Bochefontaine, oraz inni wykazali, że nawet bezpośrednie podrażnienie pewnych okolic kory mózgowéj wywołuje zmiany w tętnie (zwolnienie lub przyspieszenie) i naczyniach; Hitzig, Eulenburg, Landois, że wycięcie pewnych części kory mózgowéj, a mianowicie zawierających psychomotoryczne ośrodki dla odnóg, wywołuje rozszerzenie naczyń w ich mięśniach. Nadto Kuti i Charpentier stwierdzili jeszcze ten wpływ pewnych stanów kory mózgowéj *per exclusionem* w sposób następujący. Otrzymawszy pewne zmiany w krążeniu przez podrażnienie tego lub owego zmysłu u zwierzęcia usuwali powierzchowną warstwę kory mózgowéj lub zatykali naczynia przez wprowadzenie do tętnic proszku widłaku, ponowne podrażnienie zmysłów przy tych warunkach nie wywoływało żadnych zmian. Z przytoczonych przykładów widzimy, że każdy stan psychiczny niezależnie od tego, czy odpowiada rzeczywistości, czy tylko jest wyobrażany, wywołuje pewien ruch w tych odśrodkowych nerwach, pewną czynność w tych narządach, na które zwykle oddziaływa w skutek woli lub odruchowo. Wiadomo także, że wrażliwość naszych zmysłów może się zmieniać w skutek najrozmaitszych przyczyn, np. w skutek wychowania, pewnego wykształcenia zmysłów. Tak dotyk kształci się u ślepych, którzy mogą swobodnie poruszać się wśród sprzętów w mieszkaniu nie zawadzając o nie; mogą płynnie czytać posuwając palcem po alfabecie itp. Prócz tego u niektórych rozwija się zmysł słuchu tak, że poznają znajomych tylko z chodu. Wiadomo daléj, że dzicy poznają ślady nieprzyjaciół za pomocą węchu. Ebers [52]) wspomina o pewnym człowieku, którego nazywano wywęchiwaczem złodziei, a który, posługując się tylko węchem, znajdował w mieście osobę, jeżeli podawano mu rzecz należącą do niéj lub wskazywano miejsce, w którém przedtém przebywała. Giovanni Gonelli stracił wzrok w 20tym roku życia, w 30tym zaś posługując się tylko dotykiem, ulepił statuę papieża Urbana VII, któréj podobieństwo było zadziwiające. Preyer, Tarchanow, Sikorski wykazali, że tak zwane odgadywanie myśli w znanych doświadczeniach Bishopa, Kumberlanda i wielu innych polega wyłącznie na odczuwaniu ruchów osoby, która temat wymyśla. Również Spiro wykazuje, że wywoływanie duchów, rozmowa z nimi i ich zjawianie się w doświadczeniach spirytystycznych polegają na halucynacyjach, które występują u niektórych osób, w skutek skupienia uwagi, przekonania i oczekiwania, że pewne zjawisko nastąpi, niejako więc w skutek samopoddawania w stanie czuwania i dla tego osoby niewierzące nigdy podobnych zjawisk nie widzą.

Zwróćmy się teraz do stanów patologicznych układu nerwowego; tu znajdziemy jeszcze obfitszy szereg zjawisk analogicznych do obserwowanych w stanie hypnotycznym, np. katalepsyję, porażenia, kontraktury, znieczulenia itp., a prócz tego najrozmaitsze zmiany w czynnościach psychicznych w skutek uszkodzenia téj lub innéj części mózgu, zmian w krążeniu krwi i odżywianiu, jakoto: utratę świadomości, halucynacyje, ruchy automatyczne, bierne stósowanie się do rozkazów innéj osoby, echolalia itp. Niektóre z tych zjawisk możemy sztucznie wywoływać u zwierząt, np. ruchy automatyczne. U osób histerycznych napotykamy rozmaite zmiany w czułości zmysłów, np. nadczułość powonienia lub słuchu, które niekiedy są nawet znaczniejsze niż u hypnotyków. Doświadczenia dokonane na somnambulach naturalnych wykazały, że wszelkie poddawania udają się u nich najzupełniéj bez poprzedzającego hypnotyzowania, również doświadczenia Bernheima dowodzą, że rozmaite halucynacyje można wywoływać przez poddawanie u osób gorączkujących, u których świadomość jest zupełnie lub częściowo upośledzona. Bonnasies [53]) używając sam haszyszu i podając go innym stwierdził, że w pierwszym stopniu zatrucia można wywoływać halucynacyje a nawet inne czynności słowem i gestami. Obserwacyje na sobie samym przedstawia w sposób następujący. Podczas poddawania pewnéj myśli przez inną osobę budzi się nasamprzód pojęcie protestu, lecz nim to pojęcie się utrwali, pomimo woli powstaje złudzenie, które samo

wprawdzie trwa krótko, lecz przez nowe poddawanie może być utrzymane przez czas dłuższy.

Z przytoczonych faktów można się przekonać, że stan hypnotyczny właściwie nie przedstawia ani jednego zjawiska, któregobyśmy nie mogli obserwować bez hypnotyzmu przy rozmaitych innych warunkach a nawet w stanie prawidłowym. Na podstawie tego porównania możemy stanowczo twierdzić, że stan hypnotyczny wcale nie jest stanem *sui generis*, lecz że mamy tu do czynienia z pewną nieprawidłowością, z pewném naruszeniem stosunków w czynnościach mózgowych, które całkowicie albo częściowo może powstać także skutkiem najrozmaitszych innych przyczyn. Jakiegoż więc rodzaju zachodzą tu zmiany, które usuwają prawidłowy stosunek czynności mózgowych i w jaki sposób powstają? Dla wyjaśnienia tych pytań musimy się nieco zastanowić nad czynnościami układu nerwowego w ogóle.

Nasamprzód wiadomo, że jeżeli się bierze tylko część rdzenia, np. żaby, zachowując złączone z nią nerwy do środkowe i odśrodkowe i ich narządy obwodowe, to rozmaite bodźce (fizyczne, chemiczne lub mechaniczne) czyli tak zwane podniety działając na narządy nerwów dośrodkowych wywołują stan czynny ośrodków nerwowych rdzenia. Stan ten można wykazać w samych ośrodkach na podstawie zmian elektrycznych, lecz może on się objawić i na zewnątrz przez skurcz mięśni lub czynność gruczołów, w ten sposób otrzymamy odruch. Jeżeli podniety są bardzo słabe, to przy jednorazowém lub krótko trwałém ich działaniu odruch nie występuje, lecz jeżeli działanie, choćby najsłabszych, podniet się powtarza lub trwa pewien czas, to odruch może nastąpić. Oczywiście, że słabe podniety wywolują także w ośrodkach pewne zmiany, które się w nich sumują i w skutek sumowania się powstaje stan czynny. Przecinając rdzeń pod przedłużonym i działając w podobny sposób, oprócz odruchów i sumowania się działania podniet możemy obserwować jeszcze inne zjawisko, a mianowicie, że podrażnienie naprzykład skóry na pewnéj ograniczonéj przestrzeni może wywołać skurcz nie jednego mięśnia, lecz całéj grupy. Skurcze te przedstawiają pewną prawidłowość, tak iż powstaje pewien określony ruch jednéj lub wszystkich odnóg; ztąd wnosimy, że stan czynny przenosząc się za pomocą nawet jednego tylko włókna nerwowego do rdzenia, w samym rdzeniu w pewien określony sposób się rozchodzi i wprawia w stan czynny nie jeden lecz całe grupy ośrodków, przy tém nie odrazu lecz w pewnym porządku. Ruchy w ten sposób wywołane są do tego stopnia prawidłowe, iż niekiedy noszą charakter pewnéj celowości, to jest odpowiadają tym ruchom, któreby zwierzę wykonało świadomo, jeżeliby na nie działały te same podniety (wyjmowanie łapek z wody zakwaszonéj, usuwanie od elektryczności i ognia itp.). Dokładne jednak badanie, jak wiadomo, wykazało, że ruchy te są wykonywane bez najmniejszego udziału świadomości, lecz z mechaniczną koniecznością, tak, że pewne podniety, działając na pewne narządy czuciowe, wywolują zawsze jednakowe ruchy.

Badając czynności odruchowe możemy wykazać, że łatwość, z jaką ośrodki nerwowe popadają w stan czynny, zmienia się zależnie od rozmaitych warunków: pewne warunki zwiększają pobudliwość ośrodków, inne znowu ją obniżają. Taki wpływ obniżający pobudliwość wywiera stan czynny innych sąsiednich ośrodków. Jeżeli określimy siłę podniety, która u zwierzęcia z przeciętym rdzeniem wywołuje pewien odruch w skutek czynności, przypuśćmy, grupy ośrodków A., potém wprawimy w stan czynny jeszcze inne ośrodki rdzenia, przypuśćmy grupę B. i podczas tego zbadamy powtórnie działanie pierwszéj podniety, to otrzymany przedtém odruch za pośrednictwem grupy A. albo zupełnie nie nastąpi, albo będzie znacznie słabszy. Takie wpływy nazywamy wpływami tamującemi. (C. d. n.)

III. Przyczynek do kazuistyki nowoczesnych operacyj wola.

Podał Prof Dr. A. Obaliński w Krakowie.

(Dokończenie. Patrz Nr. 27).

Dnia 7 maja b. r. przystąpiłem do operacyi: W zupełnéj narkozie chloroformowéj poprowadziłem najprzód cięcie po stronie prawéj od rożka kości gnykowéj aż w pobliże samego podgardla *(jugulum)*, odszukałem szybko w górnéj jego części tętnicę tarczykową górną, którą podwiązawszy podwójnie przeciąłem, następnie odsłoniłem wewnętrzny brzeg m. schylacza głowy, przeciąłem mięsień łopatko-gnykowy a rozsunąwszy tępemi hakami obydwa brzegi rany, przyczém zabrałem po stronie wewnętrznéj powiększony do wielkości pięści gruczoł tarczykowy, po stronie zaś zewnętrznéj tętnicę doglowową wspólną wraz ze zstępującą gałązką nerwu podjęzykowego, otrzymałem dosyć wygodnie przystępną, może na 2cm. szeroką a z 8cm. długą, szczelinę wysłaną w głębi luźną tkanką łączną. Głębokość téj szczeliny była tak znaczną, że, mając w swéj sali operacyjnéj nienowoczesne górne lecz jeszcze boczne oświetlenie, nie mogłem w głębi rozpoznać żadnych szczegółów nawet po wymacaniu guzika Chassaignaca, poniżéj którego przebiegać ma pozioma część tętnicy tarczykowéj dolnéj. Dopiero gdy za radą obecnego przy operacyi kol. doc. Pieniążka wprowadziłem za pomocą zwierciadła laryngoskopijnego światło w głąb rany, ujrzałem dokładnie w poprzek przebiegający pasek, który dał się zupełnie odosobnić i został po rozpoznaniu go jako tętnica tarczykowa dolna podwójnie podwiązany i przecięty. Kładę nacisk na to, że w moim przypadku nie potrzebowałem wola ze swéj posady wyważać, jak o tém wspomina Wölfler, wystarczyło mi pomimo znacznych jego rozmiarów usunąć go hakiem na bok. Po drugiéj stronie postąpiłem sobie tak samo, tylko że tutaj większe trudności przedstawiła mi t. tarczykowa górna niż po stronie prawéj, a to dla tego, że po lewéj stronie nieprawidłowo z jednego pnia razem z tętnicą językową odchodziła, co nie od razu zostało spostrzeżoném i do przedłużenia operacyi dało powód.

Antyseptyka ścisła: sublimat, gaza jodoformowa, w każdym kącie dren, szwy jedwabne.

Przebieg pooperacyjny zasługuje na szczególniéjszą uwagę. Nietylko w samym dniu operacyi lecz jeszcze przez kilka następnych czuła się chora bardzo osłabioną, duszność nietylko niemniejsza lecz nawet zwiększona a osobliwie męczy ją kaszel, którego przyczyną okazało się zapalenie oskrzeli, objawiające się wybitną śluzoworopiastą plwociną w dosyć znacznéj ilości. Przy użyciu sztucznéj wody selcerskiéj i narkotykach stan podmiotowy po kilku dniach znacznie się polepsza, tylko temperatura pozostaje zawsze podniesioną, osobliwie wieczorem, podobnie jak przy zatrzymaniu ropy mimo, że rana goi się *per primam*.

Stan ten trwał przez dwa tygodnie jak świadczy załączony tu wykaz ciepłoty z pierwszych dwóch tygodni:

r.	–	37·6	38·4	38·4	37·8	37·6	37·7	37	37·3	37·4	37 4	37·7
w.	38	38·6	38 5	38 0	38·3	38·6	39·3	39	38·9	39·0	39 3	38 0

poczém temperatura wróciła do normy, osobliwie po użyciu kilku proszków (półgramowych) antipyrynu. Równocześnie zaczęła się szyja znacznie zmniejszać, tak że w trzy tygodnie po operacyi znalazłem zmniejszenie w 1szym wymiarze o pół cm., w drugim o 2cm., a w 3cim o jeden. Z uwagi, że pacyjentka tylko w pierwszych dniach, t. j. jak długo cierpiała na zapalenie oskrzeli, podmiotowo czuła się chorą i przygnębioną, późniéj zaś, pomimo wysokiéj ciepłoty ciała, była rzeźką i wesołą; daléj z uwagi, że rana goiła się *per primam* i że w późniejszym przebiegu nigdzie się nie pojawiło ropienie, przypuszczać muszę, żeśmy tu mieli wybitny obraz tak zwanéj przez Genzmera i Volkmanna gorączki aseptycznéj, która w tym razie powstała najprawdopodobniéj od wessania wytworów wstecznego przeobrażania się w wolu. W miesiąc po operacyi mogłem pacyjentkę przedstawić w Tow. Lek. krak. jako zupełnie wygojoną i z szyją zupełnie kształtną, która wynosiła w pierwszym wymiarze 32 cm. (— 2 cm.), w drugim 35 (— 3 cm.), a w trzecim 33½ (— 2½ cm.). Przy téj sposobności muszę zwrócić uwagę szanownych czytelników, że niniejszy przypadek jest pierwszym znanym w literaturze, w którym podwiązano wszystkie cztery tętnice tarczykowe i to bez szkody dla organizmu a więc jest faktycznem stwierdzeniem tego, co przypuszczał teoretycznie Wölfler. Nadto dowodzi on przebiegiem swoim, że w skutek podwiązania wszystkich tętnic tarczykowych nie powstają uderzające zmiany w krążeniu śródczaszkowém, że więc odpada jedna z przypuszczanych przez N. Weissa przyczyn tężyczki *(tetania)*.

Prawie równocześnie z powyższym przypadkiem zgłosił się do mnie młody, bo 21-letni parobek z prośbą, aby go uwolnić od guza na szyi rosnącego powoli od lat 14 a od dwóch sprawiającego mu tak przykrą dusznicę, że nie może pracować. Po tak świetnym skutku, jaki otrzymałem w poprzednim przypadku, zdawałoby się nie ulegać wątpliwości, że i tym razem nie inaczéj postąpię; bliższy jednak opis wola, bo nim okazał się ów guz na szyi, niech mnie usprawiedliwi, dla czego poszedłem inną drogą. Szyja niekształtna po obu stronach tchawicy aż na dół do podgardla rozdęta obrzękiem, wśród którego znajdują się tu i owdzie rozsiane guzy kuliste przeważnie wielkości orzechów włoskich, jeden zaś większy wielkości pomarańczy sterczał ponad inne w górze po stronie prawéj i był więcéj od innych poruszalny.

Zbadawszy ten przypadek zaraz przypomniałem sobie metodę Socina z Bazylei, którą jego asystent Garré ogłosił z końcem ubiegłego roku w *Centralblatt f. Chirurgie* Nr. 45, a która polega na tém, że wyłuszcza on tylko węzły istoty zwyrodniałéj, umieszczone wśród prawidłowego utkania gruczołowego, zostawiając je nietkniętém, przez co nie usuwamy nie potrzebnie gruczołu, nie spotykamy się z jego wnęką a tém samém nie potrzebujemy podwięzywać tętnic, co najwięcéj tu i owdzie jakąś żyłę a w końcu zachowujemy i pod względem estetycznym lepszy kształt dla szyi, która w razie zupełnego wyłuszczenia gruczołu wraz z wólem nabierać ma kształt wiązki poskręcanych sznurów.

Dnia 21 maja dostałem się wśród miernego krwawienia cięciem podłużném przez warstwę gruczołową do torebki sino przebijającéj największego guza, który następnie z łatwością i bezkrwawo ze swego łożyska wydobyłem, z tego samego cięcia udało mi się po stronie prawéj wydobyć jeszcze w ten sam sposób sześć innych mniejszych węzłów. Po stronie lewéj było zaledwie kilka drobnych węzłów, przeto je zostawiłem. Ranę jamistą wydrenowałem i skórę kilkoma szwami zespoiłem. Po dwóch tygodniach przedstawić mogłem pacyjenta na posiedzeniu Tow. Lek. krak. razem z poprzednią pacyjentką jako zupełnie zagojonego i ze stanu swego bardzo zadowolonego, gdyż zaduszania od czasu operacyi ustąpiły. Jakkolwiek już w dziele Virchowa *Die krankhaften Geschwülste* znajdujemy opis *strumae follicularis mollis*, który przemawia za tém, że, jeżeli mamy przed sobą zwyrodnienie miąższowe *(struma parenchymatosa)*, zazwyczaj ogranicza się ono do pewnych tylko węzłów (*Knoten*), które, jak to pierwszy Stromeyer opisał, dają się łatwo wygnieść albo wyłuszczyć z pośród prawidłowéj tkaniny gruczołowéj; to jednakże z tegoż samego opisu wynika, iż rozsiane te węzły dochodzą nie rzadko do wielkości zaledwie grochu (l. c., T. III, Z. I, str. 16), są gęsto obok siebie ułożone i nadają całości kształt gładki, jednostajny, najbardziéj zbliżony do t. z. przerostu (*ib.* str. 27.) Dla tego też sądziłbym, że metody Socina należałoby użyć tylko w tych przypadkach, gdzie węzły te zewnętrznie dobrze się odznaczają, gdzie więc z góry możemy mieć zapewnienie, że wyłuszczenie ich nie będzie ulegać niezwykłym trudnościom. Zresztą zaś przemawiałbym za metodą poprzednią, t. j. podwięzywania naczyń doprowadzających a już bezwarunkowo, jeżeli będziemy mieć przed sobą wóle włókniste *(str. fibrosa)* lub nawet unaczynione *(str. vasculosa)*.

Podczas spisywania niniejszych szczegółów zgłosiła się na oddział mój pani F. S., 38 lat licząca, mężatka z guzem na szyi przeważnie po stronie prawéj rozrośniętym, który według podania ma być przyczyną, że od pół roku, t. j. od czasu znacznego powiększenia się tegoż, pacyjentka nie może oddawać się zwykłym nawet lżejszym zatrudnieniom w gospodarstwie domowém, z powodu zaraz występującéj duszności. Guz ten wielkości sporéj pięści męskiéj jest jednostajnie rozrośnięty, tylko po prawéj stronie tchawicy położony, zachodzi pod mięsień schylacz głowy jakotéż i pod mostek i ma zbitość jednostajną, elastyczną.

Rozpoznawszy wóle (*struma parenchymatosa*) zaproponowałem pacyjentce operacyję, mając na myśli podwiązanie obu tętnic tarczykowych prawéj strony a to tém bardziéj, że leczenie przetworami jodowemi wcale do celu nie doprowadziło.

Dnia 25 czerwca podwiązałem w ten sam sposób jak w pierwszym przypadku obydwie tętnice tarczykowe strony prawéj, przyczém i tym razem stwierdziłem, że wól daje się palcami przesunąć ku linii środkowéj bez wyważenia go z głębi, jak to opisuje Wölfler, że daléj tętnica dogłowowa wspólna daje się doskonale usunąć za pomocą tępego haka na zewnątrz, tak iż dosyć wygodnie można manipulować, chociaż w znacznéj głębi, osobliwie jeżeli wpuści się w głąb światło odbite od zwierciadła laryngoskopijnego. Zważywszy w końcu, że tętnica tarczykowa dolna daje się zupełnie dobrze od otaczających ją tkanek oddzielić, nie zachodzi żadna obawa ujęcia czegoś ważniejszego, a mianowicie nerwu wstecznego, w przewiązkę; za czém i niniejszy przypadek popiera powyższe moje twierdzenie, że ten sposób odszukiwania tętnic jest w największéj liczbie przypadków wystarczającym a w obec jego wybitnych wskazówek anatomicznych i téj korzyści, że jednem cięciem obydwie tętnice odszukujemy, rzeczywiście polecenia godnym.

Z dalszego przebiegu jeszcze nie zupełnie wiadomego zanotować mogę, że rana goi się *per primam*, że temperatura ciała podniesioną była tylko w jednym dniu i to nieznacznie

i że wymiary zmniejszyły się w 8ym dniu o 2cm. a duszność znacznie się zmniejszyła.

IV. Na czém polega skutek leczniczy wody karlsbadzkiéj.

Przedstawił
docent **W. Jaworski.**

Korzystny wpływ zdrojów karlsbadzkich na przebieg chorób przewodu pokarmowego spostrzeżono już w bardzo dawnych czasach. Już np. lekarz karlsbadzki Dawid Becher w swojém znakomitém naówczas dziele jeszcze w r. 1789 kładzie na czele między korzystnemi wynikami leczenia karlsbadzkiego przypadki chorób żołądka wyleczone w Karlsbadzie. Obserwacyje późniejsze potwierdziły te lecznicze wyniki i to w tym stopniu, że poczęto uważać zdroje karlsbadzkie za swoisty środek przeciw cierpieniom żołądka. Empiryczne to doświadczenie stało jednak pozornie w sprzeczności z ówczesnemi pojęciami o chorobach żołądka. W ogóle bowiem rozpowszechnione było mniemanie, że w chorobach żołądka siła chemiczna trawienia jest zniesiona, że brakuje składników trawiących kw. żołądkowego i pepsyny. To zapatrywanie popierane przez Leubego utrzymało się do niedawna i pociągnęło za sobą ogólne stósowanie kw. solnego w chorobach żołądka, równocześnie obok wody karlsbadzkiéj, o któréj przecie wiedziano, że jako alkaliczna niszczy kwas i pepsynę w żołądku; skutecznego bowiem działania téjże przeoczyć nie można było. Na szczęście ogłosił Reichman z Warszawy w r. 1882 przypadek objawu chorobowego, w którym spostrzegl, że nie brak lecz za silne wydzielanie soku żołądkowego było podstawą chorobową. Systematyczne zaś wewnętrzne badania żołądka wykonane przezemnie i doc. Gluzińskiego, a przedstawione w r. 1884 na Zjeździe przyrodników i lekarzy w Poznaniu przekonały, że ten objaw chorobowy stanowi podstawę wielu przypadków chorób żołądka i jest nadzwyczaj częstym. Przypadków tego zboczenia chorobowego żołądka ogłoszono w sposób kazuistyczny kilkanaście. Dopiero gdy w niemieckim języku zostały ogloszone poszukiwania krakowskie (Gluzińskiego i Jaworskiego), a równocześnie z temiż zupełnie zgodne Riegla, ustaliło się przekonanie, że znaczniejsza część przypadków chorobowych żołądka cierpi na wygórowany chemizm trawienia, mniejsza zaś na osłabienie tegoż. Następnie wykazały spostrzeżenia Veldena, Rothschilda, Riegla i krakowskie (Korczyńskiego i Jaworskiego), że we wrzodach żołądka istnieje podniecone wydzielanie kw. solnego. Nadto prof. Korczyński i ja (*Deutsche med. Wochenschr.*, 1886, Nr. 47 do 49) spostrzegliśmy, że krwotok we wrzodzie żołądka pojawiał się w okresie największego wydzielania się kw. solnego, tak że przed i po krwotoku kwasota treści żołądka jest mniejszą, niż w czasie krwotoku. Przytém zauważyliśmy, że przez obniżenie siły wydzielniczéj żołądka usuwa się niebezpieczeństwo wystąpienia wrzodu okrągłego.

Z drugiéj strony uważano pospolicie wodę karlsbadzką, idąc za doświadczeniami Jolyeta i Rabuteaua, wykazujących zwiększone wydzielanie błony śluzowéj przewodu pokarmowego w styczności z alkaliami i solami, jako podniecającą wydzielanie soku żołądkowego, czyli za przyspieszającą trawienie, i to właśnie odpowiadało pod względem leczniczym w zupełności temu zapatrywaniu na patologiję chorób żołądka, że w tych stanach siła trawiąca jest upośledzoną. Tymczasem w pracach doświadczalnych nad wpływem wody i soli karlsbadzkiéj (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, T. 37, 1885, i *Wiener med. Wochenschr.*, 1886, Nr. 6—16) spostrzegłem wprawdzie, że te środki w małéj ilości użyte podniecają siłę wydzielniczą błony śluzowéj żołądka, we wielkiéj zaś ilości wprowadzone przeciwnie niszczą chemizm trawienia w kilka godzin w podobny sposób, jak to ostatniemi czasy spostrzegł Reichman po wprowadzeniu rozczynów soli kuchennéj do żołądka. Ale co więcéj, spostrzegłem, że używanie wody lub soli karlsbadzkiéj z każdym dniem siłę wydzielniczą błony śluzowéj żołądka tak co do kwasu, jako téż pepsyny coraz więcéj obniża, tak że po kilkotygodniowém stósowaniu tych środków wydzielanie czynników trawiących, a zatém i chemizm trawienia, może ustać, nie wywołując znaczniejszego zboczenia w mechanizmie żołądka.

Tak więc wyjaśnia się spostrzeżenie, że woda karlsbadzka odnosi skutek leczniczy we wszystkich zboczeniach chorobowych żołądka, które przebiegają z nadmiernėm wydzielaniem kw. żołądkowego, czyli wygórowanym chemizmem trawienia. Ponieważ według mego zestawienia statystycznego (Odczyt w Tow. Lek. krak. 1 grudnia 1886, jakotéż *Wiener med. Wochenschr.*, 1886, Nr. 49—52) z 232 przypadków wewnętrznie badanych było 156 czyli większa połowa takich, u których cierpienie żołądka przebiegało w obec nadmiernego wydzielania kw. solnego, a tylko w 34 przypadkach okazał się zupełny brak siły wydzielniczéj co do kw. solnego, to łatwo pojąć, że przeważna część chorych żołądkowych doznaje polepszenia przy stosowaniu wody karlsbadziéj. Ponieważ z dotychczasowéj mojéj obserwacyi okazuje się, że daleko dotkliwsze objawy podmiotowe występują, jeżeli błona śluzowa wydziela nadmiernie kwaśny sok żołądkowy, czyli gdy chemizm trawienia jest wygórowany, aniżeli gdy siła wydzielnicza soku żołądkowego zupełnie ustaje, co znaczy, że chemizm trawienia jest zupełnie zniesiony, byleby tylko mechanizm nie różnił się wiele od prawidłowego, to również wyjaśnia się obecnie fakt, dla czego stosowne użycie wody karlsbadzkiéj usuwa podmiotowe przypady żołądka w tak bardzo w oczy wpadający sposób. Należałoby teraz tylko wskazać, w którychto stanach chorobowych można się spodziewać większego lub mniejszego skutku leczniczego. Ja pierwszy miałem sposobność spostrzegania, że trwałe nadmierne wydzielanie kw. solnego w żołądku przebiega w pewnych okresach a ostatecznie może się zakończyć zupełną utratą siły wydzielniczéj blony śluzowéj żołądka (Przegląd Lek., 1887, Nr. 1). Mogłem rozróżnić według dotychczasowych obserwacyj następujące okresy opisane dokładniéj w *Münch. med. Wochenschr.*, 1887, Nr. 7 i 8, a wymagające leczenia wodą karlsbadzką.

1. Nadmierne wydzielanie kw. solnego o wyższéj kwasocie, występujące jednak tylko podczas trawienia, w skutek czego powstają po jedzeniu przypady niestrawności (*hypersecretio digestiva transitoria*). Woda karlsbadzka działa tu korzystnie zmniejszając pobudliwość błony śluzowéj.

2. Nadmierne wydzielanie kw. solnego nawet w żołądku czczym, lecz z pojawianiem się małéj tylko ilości płynu w nim, a przy znacznéj różnicy między kwasotą treści czczéj żołądka a wytworzonéj podczas trawienia. Stan ten istniejący prawdopodobnie bez znaczniejszych zmian anatomicznych jest tak zwana *hypersecretio hyperacida continua simplex* czyli według Reichmana *gastrosuccorhoe*, sokotok żołądkowy. Woda karlsbadzka w tym okresie w miernéj ilości użyta może prawdopodobnie przywrócić stan prawidłowy, nietylko funkcyjonalny ale i anatomiczny, który tu prawdo-

podobnie może się objawiać rozpoczynającym przerostem gruczołów trawieńcowych.

3. *a.* W okresie zaś trzecim, w którym trwałe wydzielanie kw. solnego jest do najwyższego stopnia posunięte, tak że kwasoty tak w żołądku czczym, jak i podczas trawienia nie wiele się różnią, a żołądek jest wypełniony stale większą ilością cieczy od kw. solnego kwaśnéj, a przy tém równocześnie istnieje upośledzenie mechanizmu trawienia, użycie znaczniejszych ilości wody karlsbadzkiéj przez dłuższy czas zniża siłę wydzielniczą kw. solnego, a tém samém stan chorobowy. W tym okresie zwanym przezemnie *catarrhus acidus v. gastrorrhöe hyperacida continua* należy przypuścić równocześnie i zmiany anatomiczne narządu gruczołowego, mianowicie jego przerost, a nawet ze zmianami w błonie mięsnéj, wywołującemi tak często z tym stanem chorobowym połączoną rozstrzeń żołądka. Czy żołądek w tym okresie chorobowym pod wpływem wody karlsbadzkiéj powraca i pod względem anatomicznym do stanu prawidłowego, muszę pozostawić jako rzecz nierozstrzygniętą.

b. Co się tyczy właśnie opisanego nieżytu kwaśnego, to trzeba wiedzieć, że według dotychczasowych spostrzeżeń towarzyszy on zawsze w r z o d o w i ż o ł ą d k a i jest prawdopodobnie momentem wywołującym tenże. Ztąd wynika, że zmniejszając nieżyt kwaśny przez leczenie wodą karlsbadzką, leczy się równocześnie i wrzód żołądka, a doświadczenie codzienne poucza, że żadne inne leczenie w Karlsbadzie tak korzystnie nie przebiega, jak właśnie leczenie wrzodu okrągłego.

4. W okresie niedowładu wydzielniczego (*insufficientia secretionis acidae*) wytwarzającego się po długiém trwaniu nieżytu kwaśnego, a odznaczającego się niedostateczną ilością kw. solnego nawet podczas trawienia, jakoteż

5. W końcowym okresie, w którym kw. solny a nawet niekiedy pepsyna podczas trawienia już się nie wydzielają, zwanym przezemnie *catarrhus mucosis* a przez Grundzacha z Warszawy *catarrhus atrophicus* stosowanie wody karlsbadzkiéj byłoby przeciwwskazane, lecz możnaby i tu próbować, ażali malemi ilościami téjże nie dałoby się narządu gruczołowego, w razie jeżeli jeszcze w zupełności nie zanikł, do wydzielania pobudzić.

6. Oprócz trwałego tak zwanego nieżytowego wydzielania kw. żołądkowego istnieje jeszcze nadmierne wydzielanie kw. solnego peryjodyczne czyli *gastroxia* (albo *gastroxynsis* Rossbacha). Różnica między obydwoma stanami chorobowemi jest ta, że w przypadkach nieżytowego wydzielania kw. solnego znajdujemy takowy przy każdorazowém wewnętrzném badaniu, podczas gdy przy wydzielaniu nerwowém można napotkać przerwy, w których wydzielanie kw. żołądkowego jest zupełnie prawidłowe. I w tém nadmierném wydzielaniu nerwowém kw. solnego sprawia woda karlsbadska ulgę zobojętniając nadmiernie kwaśną treść żołądka.

7. Są jeszcze przypadki nerwic żołądka, w których woda karlsbadzka korzystne wywiera działanie. I tak w nerwicach czuciowych (*hyperaesthesia, cardialgia*), podczas picia wody karlsbadzkiéj bóle się zmniejszają, albo nawet znikają. W nerwicach ruchowych (np. *vomitus nervosus*) można również zauważyć pomyślny skutek. Nie przypominam sobie przypadku wymiotów nerwowych, w którychby stosownie użyta woda karlsbadzka została zwymiotowaną, chociaż wszelkie inne ciecze, a nawet leki, w żołądku zatrzymane być nie mogły. Działanie korzystne wody karlsbadzkiéj należy tu chyba przypisać łagodzącemu działaniu ciepłego a rozcieńczonego roztczynu alkaliów w obec wolnego kw. węglowego na błonę śluzową żołądka, która staje się na bodźce mniéj wrażliwą. Czy nawroty nerwic żołądka, które poprawiły się pod wpływem leczenia karlsbadzkiego, są częste, z doświadczenia podać nie mogę.

Co się tyczy zmian w żołądku, jakich powyższe stany chorobowe doznają pod wpływem wody karlsbadzkiéj, to te wydają się być nietylko czynnościowemi ale i anatomicznemi. Badając bowiem strzępy treści żołądkowéj przy nadmierném wydzielaniu kw. solnego, spostrzega się w nich liczne jądra strawionych komórek wypocinowych, jakoteż liczny przybłonek wałeczkowy napęczniały. Po długiém stosowaniu wody karlsbadzkiéj wszystko to znika, a natomiast występują tylko komórki śluzowe, przeważnie drobno ziarniste i przybłonek płaski — objaw, jaki cechuje wyżéj przytoczony nieżyt śluzowy pod 5. Dziwném przeto wydaje się pojmowanie klinicystów, że woda karlsbadzka, jakoteż alkalia wpływają w żołądku tylko tak, jak w rurce odczynnikowéj przez zobojętnienie kwasów, czyli że działają symptomatycznie tylko; tymczasem nikt na to nie kładzie nacisku, że one wywołują trwałą zmianę anatomiczną w narządzie gruczołowym, pociągającą za sobą zmniejszenie zdolności wydzielniczéj kwasu, czyli mówiąc innemi słowy sprawiają trwały skutek leczniczy.

Czy dany przypadek chorobowy wymaga leczenia karlsbadzkiego, w jaki sposób ono ma być przeprowadzone, jakie jest rokowanie lecznicze, należałoby właściwie przeprowadzić badanie wewnętrzne żołądka oznaczając tegoż siłę wydzielniczą. Lecz nie mniéj ważném jest kontrolowanie postępu zabiegów leczniczych i ocenienie czasu, kiedy leczenie należy uważać za ukończone. Na podstawie dat statystycznych (Odczyt w Tow. Lek. krak. d. 1 grud., 1886) wykazałem, że między zmianami przedmiotowemi żołądka, a objawami podmiotowemi nie ma ścisłego związku, że z objawów podmiotowych nietylko rozpoznać choroby, ale i o postępie terapii pewnych wniosków czynić nie można. Z drugiéj strony drogą doświadczalną stwierdziłem na ludziach, że nadmiarowe użycie wody lub soli karlsbadzkiéj może przyprawić o zupełną utratę siły wydzielniczéj co do kw. solnego, a nawet co do pepsyny, z czego należy przypuścić, że może powstać zanik narządu gruczołowego. Aby więc do tego nie dopuścić, należałoby od czasu do czasu kontrolować siłę wydzielniczą żołądka, czy ona nie zniżyła się już do stanu prawidłowego, inaczéj po dłuższém leczeniu można już łatwo sprowadzić ostatni okres nieżytu, t. j. nieżyt śluzowy. Ten pod względem uczucia podmiotowego jest wprawdzie podmiotowo o wiele znośniejszy, niż okres nadmiernego wydzielania kwasu, wydaje się więc tak choremu jak i lekarzowi jako polepszenie; lecz aczkolwiek utrata chemizmu trawienia żołądkowego jeszcze ogólnego odżywienia nie podkopuje, to jednak trzeba mieć na uwadze, że zwyrodnienie lub zanik narządu gruczołowego, cechujący nieżyt śluzowy, może dać powód do powstawania nowotworów. Statystyczne zestawienia przezemnie w tém czasopiśmie ogłoszone wykazały, że w moich przypadkach wewnętrznie badanych do 40 roku życia nie było ani jednego chorego żołądkowego ze zupełnym brakiem kw. solnego, ale owszem z nadmierném wydzielaniem tegoż, podczas gdy z chorych ponad 40 lat większa połowa utraciła zdolność wydzielniczą kw. solnego. A ponieważ w wieku średnim obfitującym w przypadki nadmiernego wydzielania kw. solnego zdarza się przeważnie wrzód żołądka, podczas gdy w latach późniejszych życia, w których przeważa niska kwasota lub brak zupełny kw. solnego, czyli powyżéj opisany nieżyt śluzowy,

występują złośliwe nowotwory żołądka, to przypuściliśmy (Korczyński i Jaworski: *Klinische Befunde bei Ulcus, Carcinoma und Magenblutungen*. Berlin, 1887), że śluzowy nieżyt żołądka może być momentem usposabiającym do wytworzenia raka żołądka. Nie należy więc sprowadzać utraty zdolności wydzielniczéj kw. solnego, aczkolwiek ona nie przedstawia znacznych dolegliwości podmiotowych, a jéj wystąpienia lekceważyć. Nie mam tu wcale zamiaru przedstawiać leczenie karlsbadzkie jako jedyne i swoiste w chorobach żołądka. Szan. Czytelnikom wiadomo z pierwszego tegorocznego numeru tego czasopisma, że podobne skutki, co wodą karlsbadzką i przy użyciu innych środków osiągnąć można, lecz doświadczenia z niemi nie tak wszechstronnie przeprowadziłem jak z wodą karlsbadzką. Niestety badania w kierunku farmakodynamicznym nad wpływem środków leczniczych na czynność żołądka ludzkiego pomimo ważności przedmiotu są dotąd bardzo zaniedbane, a nie wątpię, że idąc w kierunku, w jakim dotychczasowe prace przeprowadzałem, możnaby nie jeden środek lub wodę mineralną znaleźć, któreby te same skutki lecznicze wydały co i cieplice karlsbadzkie.

V. Oceny i sprawozdania.

Okulistyka.

Oftalmologija na II Zjeździe lekarzów rosyjskich.

Podał Dr. J. Talko.

Drugi Zjazd lekarzów, poświęcony pamięci Pirogowa, odbył się w Moskwie między 16 i 23 stycznia r. b. Posiedzenia odbywały się sekcyjami, których było 14, w téj liczbie znajdowała się i sekcyja chorób ocznych. Prof. Braun zarządzał sekcyją, która odbyła 2 posiedzenia; na 1-ém prezydował Dr. Tichomirow, hon. przyboczny okulista z Petersburga, na 2 prof. Chodin, z Kijowa, redaktor *Wiestnika oftałmołogii* i Dr. Talko. Sekretarzami obrano Drów Łożecznikowa i Basanina.

Liczba lekarzów trudniących się okulistyką w Rosyi jest obecnie dość znaczna. Wielu z nich przybyło na Zjazd, jako profesorowie, lekarze wojskowi i lekarze ziemstw. Trudno oznaczyć liczbę okulistów biorących udział w pracach sekcyi, gdyż na posiedzeniach zbierało się sporo lekarzów innych specyjalności, wojskowych i cywilnych, interesujących się kwestyją jaglicy w wojsku, lub też wykładami wchodzącemi w zakres fizyjologii, chorób nerwowych i t. p. Na zebraniu w klinice ocznej, gdzie rozbierano ustawę przyszłego oftalmicznego Towarzystwa, naliczyłem 24 lekarzów i 1 kobietę — lekarza (p. Cholewińska z Tuły).

Pierwsze posiedzenie sekcyi d. 17 stycznia.

1) Prof. Braun wita zebranych gości i w kilku słowach przemawia o znaczeniu, jakiego doczekała się w Rosyi oftalmologija, jako oddzielna gałęź medycyny.

2) Prof. Chodin odczytał pracę o przemywaniu przedniej komórki oka po operacyi zaćmy. Po historycznym wykładzie przedmiotu, autor przedstawił przyrząd, jakiego używa w tym celu w kijowskiéj klinice. Japończyk Jnouye pierwszy zaczął przemywać komórkę oka w 1878 r. za pomocą przyrządu swojego pomysłu. Naśladowcą jego był Dr. Mac-Keown w 1884 r., który za pomocą strzykawki wymywał masy korowe ciepłą wodą; potém zaczął używać łyżeczki i strzykawki. Z 39 przypadków tylko 2 miało złe zejście. Panas przemywa komórkę oka słabym rozczynem dwujodku rtęci. Dr. Wicherkiewicz zaleca w tym celu używać znane nam z opisu szklane naczynie, z długim końcem, przez który wprowadza się do komórki 1% rozczyn kw. borowego. Chodin cytuje 18 obserwacyj kol. Wicherkiewicza pomyślnie zakończonych. Wecker sposobem tym wprowadza do komórki ezerynę; radzi jednak używać do przemywania i pipetki z gumką. Autor używa rodzaju lejka, połączonego z długą, wązką, kauczukową rurką, któréj zgięty koniec wprowadza się do komórki oka. Podnosząc lub opuszczając lejek, tém samém podnosimy lub zmniejszamy ciśnienie, które musi być czasem dość znaczne dla wypłukania resztek zaćmy. Do przemywania używa ciepłego 4% rozczynu kw. borowego. Sposób ten stosowany był w 30 przypadkach z dobrym skutkiem, szczególnie w zaćmach urazowych; chorzy nie uskarżali się na podrażnienie oka. Za pomocą podobnego przemywania nie tylko usuwały się z oka resztki twardych zaćm, lecz i miękkie masy korowe, których nie podobna było wydalić nawet za pomocą mięsienia. U jednego jednak chorego ani za pomocą mięsienia, ani za pomocą przemywania nie podobna było usunąć z źrenicy lepkich korowych mas, chociaż torebka soczewki szeroko była rozcięta, co stanowi ważny warunek dobrego oczyszczenia źrenicy. W tym celu Wecker radził wycinać 4-kątny płat z torebki, Dr. Chodin robi długie pionowe jej cięcie. Pomimo uprzedzeń Francuzów, Dr. Ch. zaleca robić przytem irydektomiję (przy miękich zaćmach), która ułatwia przemywanie komórki. Zdaniem autora takie przemywanie oka, prócz tego, oczyszcza ranę i ma znaczenie antyseptyczne.

W dyskusyi przyjęli głównie udział Drowie: Łożecznikow, Makłakow i Tarsaidze. Pierwszy robił ten zarzut, że przy przemywaniu lub lepiej wstrzykiwaniu do komórki rozczynu kw. borowego z ezeryną, tęczówka często wypada z oka; w 7 swoich własnych przypadkach 2 razy spostrzegł wypadnięcie tęczówki; nie otrzymywał więc pożądanego rezultatu — zachowanie okrągłéj postaci źrenicy po wydobyciu zaćmy, bez irydektomii. Następnie twierdził, że wstrzykiwania do oka á la Wecker wcale nie tak dobrze wydalają masy korowe, jak mówił prelegent; co zaś do antyseptycznego znaczenia przemywań, to lepiej może zastąpić przeciwgnilny opatrunek. Dr. Makłakow (z Moskwy) sądzi, iż przemywania stosowano w niewielu przypadkach, nie można przeto twierdzić, że są pożyteczne, wolno jednak myśleć, że nie są szkodliwemi. Na zapytanie, czy krew można wypłukać, Dr. Ch. odpowiedział, że to jest bardzo trudném. Dr. Tarsaidze mówił, że w Charkowskiéj uniw. klinice podobne przemywania oka nie liczą się do nieszkodliwych środków; mięsienie rogówki wystarcza do wydobycia na zewnętrz resztek soczewki. Wyrażono w końcu chęć czynienia dalszych spostrzeżeń nad tym przedmiotem.

3) Następnie prof. Chodin mówił o termometryi przy operacyjach ocznych. Chciałby on z wahań temperatury wnioskować o stanie operowanego oka, znajdującego się pod opaską, osobliwie w tych razach, skoro niepożądaném bywa częste objektywne badanie oka. Komplikacyje po operacyjach ocznych, osobliwie charakteru ropnego, prawie zawsze mają w następstwie podniesienie się temperatury. W 113 przypadkach wydobycia zaćmy u 87 temperatura nie podniosła się wyżéj nad 37,5° i wahała się między 36,5 do 37,5. Tylko w razie objawu *panophthalmitidis*, *iridokyklitidis* lub *kerat. suppurativae* temperatura podnosiła się do 38,7°. Zresztą w 13 przypadkach podniesiona temperatura nie dała żadnych wkazówek; nieraz temp. podnosiła się na 2 dzień po operacyi, chociaż żadnych nie było komplikacyj. A więc, zdaniem Dra Ch., termometryja nie daje w podobnych razach

świetnych rezultatów, ma jednak pewne znaczenie w celu rozpoznawczym okresu powikłania. W każdym razie należałoby rozpocząć termometryję na jakie 2—3 dni przed operacyją. Termometryją w podobnych razach zajmował się angielski lekarz Snell.

W dyskusyi nad tym przedmiotem głównie brali udział Drowie Zienenko (z Niższego Nowogrodu) i Makłakow. Pierwszy twierdził, że w swym szpitalu już 9 lat używa termometryi po operacyi zaćmy, że jednak w 250 przypadkach nie obserwował łączności podwyższenia temperatury i pooperatywnych komplikacyj w oku. Niejednokrotnie nawet znajdował w oku zmiany, gdy tymczasem temp. była jeszcze prawidłowa. Tylko w *panophthalmitis* podnosiła się do 38, nawet raz do 39°. Samo leżenie operowanego wcale nie wpływa na podniesienie temperatury, jakto np. bywa notowaném u wyzdrowieńców po tyfusie. Zdaniem Dra Z.,— które wszyscy obecni podzielili — termometryja nie ma znaczenia przy ocznych operacyjach. Dr. Makłakow wypowiedział myśl stosowania miejscowéj termometryi, osobliwie termoelektrycznéj (Michel): przy krupowém zapaleniu spojówki oka wywołaném użyciem jekwirity różnica między chorém a zdrowém okiem wynosiła 0,6°.

4) Dr. Kacaurow (z Jarosławia nad Wołgą) miał odczyt o wydobyciu zaćmy uproszczonym sposobem. Zakropiwszy do oka 5% rozczyn kokainy, sam unieruchomia powieki palcami i nożykiem Graefego robi obwodowo-płatowe cięcie na granicy rogówki i białkówki podług Weckera, przyczém jednocześnie rozcina i torebkę, w prostéj linii z góry i zewnątrz — ku dołowi i ku wewnątrz. Irydektomii nie robi wcale. Komórkę przepłukuje $^{1}/_{2}$% rozczynem oczyszczonego natr. chlorati. Dla zapobieżenia wypadnięciu tęczówki, po wydobyciu zaćmy wkrapla ezerynę. Antyseptyczny opatrunek, który zmienia się po 5—6 dniach. Taka operacyja, zdaniem Dra K., jest niebolesna, niekrwawa i krótkotrwała. Łatwiéj tu przeprowadzić antyseptykę, gdyż operuje się tylko jednym nożem, przytém niepotrzebny do pomocy ani lekarz, ani też felczer, co jest ważną rzeczą na prowincyi, w praktyce ziemstwa. Autor twierdził, że tym sposobem operował szczęśliwie zaćmę już 142 razy.

W ożywionéj dyskusyi nad tym przedmiotem brali udział: Chodin, Łożecznikow, Zienenko, Donberg i inni. Chodin radził używać atropinu zamiast kokainy, która niedostatecznie rozszerza źrenicę. Przy sposobie K-wa nie podobna wydalić z oka resztek soczewki. Konieczna jest dlatego irydetomija, która zapobiega zapaleniu tęczówki. Opatrunek potrzeba zmieniać co 18—24 godzin. Jeden jednakże z obecnych zrobił uwagę, że w 100 przypadkach opatrunek zmieniony co 5—6 dni nie wywarł złych następstw. Dr. Łożecznikow wspomina, że rozcięcie rogówki i torebki jednym nożem nie jest nowym sposobem, robili to i inni lekarze (Dr. Gałęzowski), wątpliwa jednak rzecz, aby lekarz zdecydował się na operacyję zaćmy jednym skalpelem, bez innych narzędzi. Ł. ostrzega „lekarzów ziemstwa“, aby nie próbowali sposobu Dra K-wa, chociażby on zachwalał jego prostotę, technika bowiem jego jest dość trudną. Przytacza przypadek z chorą, operowaną przez kol. K., a którą następnie leczył w skutek znacznych następnych zmian w oku. Zdania oponenta podziela Dr. Dołżenkow (z Kurska), który operował 2 razy sposobem K-wa i w obu razach musiał wziąść do rąk inne narzędzia, prócz noża. Dr. Makłakow wątpi, aby się przyjął uproszczony sposób młodego jarosławskiego kolegi. „Prosty lecz trudny ten sposób jest jego osobistym, dzieło jego własnéj techniki. Rubinsteina nie można naśladować, nie podobna też zupełnie naśladować i technikę K-wa.“ Zdanie jego potwierdzają: Donberg, Gilus i inni. Dr. Zienenko nie rozumie, jaki jest cel tego sposobu. Wątpi czy można było tu zyskać na czasie, szybkość wcale tu zbyteczna. Że się wprowadza do komórki jeden tylko keratotom — nic ważnego, gdyż cała doniosłość operacyi polega na dobrém cięciu, od którego zależy większy lub mniejszy % dobrych wyników operacyj. Wreszcie niebolesność operacyj zależną jest od kokainy. Dr. Adelheim (z Moskwy) spostrzegał w klinice Gałęzowskiego w 2 przypadkach zwichnięcie soczewki przy takim sposobie operowania. Drowie Badihin i Biełousow bronili sposobu K-wa, a Chodin wypowiedział kilka pochlebnych słów o prelegencie, którego sposób, bądź co bądź, ma pewną praktyczną wartość przy operowaniu twardych zaćm, przy użyciu jednego tylko noża i bez pomocy asystentów, co głównie uczynić należy na prowincyi. Kol. Kacaurow pozostał przy zdaniu, że sposób swój uważa za prosty i łatwy, operuje się bowiem bez pomocników. (C. d. n.).

Medycyna wewnętrzna.

H. Quincke: **O leczeniu operacyjném ropni płucnych.**

K. G., l. 26, przebył prawdopodobnie zapalenie płuc, w którém plwociny przez trzy tygodnie były mocno cuchnące. Od tego czasu upłynęło lat dwa, w ciągu których chory oddawał się swym zajęciom, kaszlał atoli, odpluwał wiele i wychudł. Plwociny były od czasu do czasu cuchnące, niekiedy zawierały krew. W r. 1882 w kwietniu został przyjęty do kliniki autora z rozpoznaniem jamy ropnéj w dolnym płacie lewego płuca. Gruźlicę wykluczono. Początkowo zastosowano *ol. terebinth.*, wdychiwania kw. karbolowego, próbowano wreszcie odpowiedniém ułożeniem poziomém ułatwić wykrztuszanie. Z powodu wystąpienia napadów duszności musiano zaniechać dalszych prób, témbardziéj, iż następnego dnia rozwinęło się zapalenie dolnego płatu płuca prawego. W początkach maja, po przebyciu zapalenia płuc, plwociny stały się bardziéj cuchnącemi i zawierały szaro-czarne płatki, składające się z igiełek kwasu margarynowego. Autor sądził, że wskazanie ułatwienia ropie bezpośredniego odpływu coraz bardziéj naglącém się staje. Rozchodziło się niewątpliwie o wielki ropień w dolnym płacie lewego płuca, po przebytém zapaleniu płuc, przed dwoma laty powstały. Badanie przedmiotowe kazało autorowi przypuszczać, że ropień stoi w połączeniu z jedném lub kilkoma oskrzelami, że jest otoczony gładką ścianą ze zbitéj tkaniny, wreszcie, że blaszki opłucny nie są ze sobą zrośnięte, gdyż klatka piersiowa rozszerzała się dostatecznie, a brzeg lewego płuca ku śledzionie i ku sercu się przesuwał. Autor postanowił sprowadzić poprzednio zrosty opłucnowe i w tym celu 9 czerwca wykonał nacięcie z tyłu i dołu po stronie lewéj przez skórę i mięśnie; wprowadzono pastę chlorowo-cynkową, którą kilkakrotnie zmieniano. W 8 dni wystąpiły w okolicy nacięcia silniejsze bóle i jakkolwiek tarcia opłucnowego nie słyszano, przypuszczono, wykluczywszy inne powody, że bóle te powstały z powodu zapalenia opłucny. Dnia 2 lipca wykonał autor nakłócie cienkim trójgrańcem w linii łopatkowéj bezskutecznie, nakłócie powtarzał w dniach po sobie następujących kilkakrotnie, wchodził termokanterem, zawsze nadaremnie, jamy właściwéj nie udawało się wyśledzić. Dnia 21 sierpnia zrobiono resekcyję żebra, powtórzono nakłócia, w 14 dni powtórzono, i mimo, że na razie ropa się nie wydobyła, znaleziono w opatrunku ropę w znaczniejszéj ilości, a chory po-

daje, iż uczuł w czasie kaszlu wydobywanie się powietrza. Dren na 5 ctm. wprowadzono do rany. W następnych dniach wypływ ropy był znaczniejszym, a ilość i cuchnienie plwocin się zmniejszyły. Przetoka okazywała skłonność gojenia się, dla utrzymania jéj wprowadzono laminaryję. Jamę oświecono przy pomocy zwierciadełka, przekonano się, że jama kończy się ślepo, a ropa wydobywa się bocznym otworkiem, w który wprowadzono dren. I ten kanał jednak nie prowadził wprost do jamy, tylko za pomocą jakiegoś oskrzela, gdyż dren można było wprowadzić tylko 12 ctm. w głąb. Prób przepłukiwania jamy musiano zaniechać z powodu silnego kaszlu, w czasie którego ropa stale się wydobywała. Ilość ropy stale się zmniejszała, a plwociny stały się śluzowemi. Przysłuchem jednak zawsze stwierdzić można było obecność jamy, próbowano więc za pomocą resekcyi 3—5 ctm. długich kawałków 6, 7 i 8go żebra, powyżéj otworu ściany przetoki uczynić podatniejszemi i zmniejszyć jamę. Jednakże bez skutku. Przebieg leczenia został znów zakłóconym zapaleniem nerek bez znanéj przyczyny występującém. Działo się to w kwietniu, a z końcem lipca wrócił chory do zdrowia. Zmiany atoli miejscowe w płucach były te same co poprzednio, przetoka nie skurczyła się, prątków gruźliczych w ropie nigdy nie znaleziono. Ponieważ dalszym próbom chory poddać się nie chciał, opuścił w grudniu 1883 klinikę. Minęło od tego czasu 3½ roku, chory ożenił się w tym czasie i jest zupełnie zdrowym. Dren 4·5 ctm. długości, 1 cm. gruby, nosi stale, jakotéż zbiornik na ropę przez siebie samego skonstruowany. Stan przedmiotowy niewiele się zmienił. Rezultatu, do którego autor doszedł, sam nie uważa za najlepszy, jednakże ułatwienie wydobywania się ropy, umożebniło wykonywanie wszelkiéj pracy choremu, który czuł się bardzo dobrze. Niewątpliwie leczenie choroby téj trwało bardzo długo, nie należy atoli sądzić, że leczenie trwałoby w każdym przypadku tak długo. Autor zwraca uwagę, że w przypadku przez niego operowanym zachodziły znaczniejsze trudności. Pomijając bowiem choroby w czasie leczenia występujące, jak zapalenie płuc i nerek, brak zrostów opłucnowych, które autor uważa za niezbędne dla udania się operacyi, grubość ścian klatki piersiowéj, siedziba środkowa ogniska utrudniały niesłychanie operacyję. Liczba dotychczas operowanych jest bardzo nieznaczna. Na 12 operowanych, ośmiu umarło, dwóch wyzdrowiało z przetoką, 1 zupełnie, w jednym przypadku rozpoznanie dosyć wątpliwe. Autor sądzi, że tylko przypadki ropni przewlekłych nadają się do operacyi, ostre tylko w przypadkach nagłego niebezpieczeństwa życiu zagrażającego. Operującemu radzi autor poprzednio postarać się o zrośnięcie blaszek opłucny, gdyż można narazić chorego na ostre zapalenie ropne opłucny lub odmę piersiową i na dowód prawdziwości swych twierdzeń przytacza odpowiednie przykłady. Nadto zrosty dopomagają wykonaniu operacyi, gdyż w przeciwnym razie płuco się zaciąga i wyszukanie ogniska ropnego jest utrudnioném. Wreszcie zwraca uwagę na to, że zrosty opłucnowe powstają o wiele trudniéj niż w jamie brzusznéj, i że najlepszą metodą do sprowadzenia ich jest metoda przez autora w niniejszym przypadku użyta. (*Berl. klin. Wochschr.* 1887, Nr. 19). *Dr. Halski.*

Dr. Decker: **Dodatek doświadczalny do etyjologii wrzodów żołądka.**

Nie ulega już obecnie wątpliwości, że wrzody żołądka powstawać mogą z licznych a bardzo różnorodnych powodów. Pomijając więcéj znane i częściéj omawiane, zwrócił autor uwagę na jeden fakt, mianowicie, że u kucharek wrzody żołądka dość często występują, a ogólnie odnoszą je do spożywania gorących pokarmów. Fakt ten zamierzył autor stwierdzić doświadczeniami. W tym celu wprowadzał dwom psom za pomocą sondy żołądkowéj papkę ogrzaną do 50°. Psy znosiły to wprowadzanie pokarmów bardzo dobrze i budząc się z uśpienia chloroformowego zachowywały się prawidłowo. Jednemu z psow wprowadził 4-krotnie, drugiemu 8-krotnie pokarm sposobem opisanym. Sekcyja po ostatniém wprowadzeniu wykonana wykazała: że u pierwszego z nich błona śluzowa żołądka przedstawiała się prawidłowo, z wyjątkiem miejsca wielkości 1 cm. w pobliżu małéj krzywizny między odźwiernikiem a wpustem leżącego, silnie przekrwionego. Badanie drobnowidowe wykazało wynaczynionkę między błoną śluzową a warstwą mięśniową. Zresztą zmian żadnych. U psa drugiego, któremu wprowadzono pokarm 8-krotnie w kilkudniowych przestankach znaleziono tu i owdzie zaczerwienione, nieżytowo zmienione miejsce na błonie śluzowéj. Na tylnéj ścianie miejsce wielkości 20-feniga ciemnoczerwone, ponad tém miejscem błona śluzowa silnie pofałdowana. Badanie drobnowidowe wykazuje wybroczynę między błoną śluzową a warstwą mięśniową i nieznaczne podniesienie błony śluzowéj. Na odźwierniku znajduje się utrata błony śluzowéj i warstwy mięsnéj w dwóch miejscach, dno tych wrzodów czyste, gładkie i badanie wolném okiem upoważniało autora do uważania tych wrzodów za typowe, okrągłe. Mikroskop potwierdził rozpoznanie, tylko błona surowicza była utrzymaną. Powstał obraz charakterystyczny lejkowatego wrzodu żołądka z ostremi, ciętemi brzegami. Tym sposobem wykazał autor fakt klinicznie stwierdzony, że za gorące potrawy są w stanie wywołać wrzód żołądka. Autor odnosi powstanie wrzodu do zastoju żylnego, sprowadzonego kurczem mięśniowym, pod wpływem zadrażnienia gorącym pokarmem lub napojem powstałego. Znaczniejszy zastój może wywołać wybroczynę, obumarcie następnie, a tém samém korzystne warunki dla dalszego działania soku żołądkowego. Umiejscowienie wrzodów odpowiada dotychczasowym doświadczeniom. W końcu opowiada autor przypadek, w którym dłuższe picie wody mineralnéj do 60° ogrzanéj wrzód żołądka sprowadziło. (*Berl. klin. Wochschr.* 1887, Nr. 21). *Dr. Halski.*

Leyden: **Uwagi o zapaleniu opon mózgowych i wymiotach w chorobach gorączkowych.**

W obszernéj téj pracy Leyden zastanawia się nad dawniejszemi sposobami leczenia wymiotów i zaleca bardzo nie lekceważyć tego objawu, który szczególnie groźnym staje się w przebiegu błonicy i duru brzusznego. L. zaleca: 1) bezwzględny spokój, 2) zaprzestanie używania środków wewnętrznych, 3) częste wstrzykiwanie podskórne morfinu, jak tylko przychodzą nudności lub czkawka, 4) ostrożne i odpowiednie żywienie chorego przedewszystkiém słodkiém mlekiem, kwaśném, herbatą, kleikiem, wreszcie podawanie w znacznéj ilości koniaku i sherry. Dawniéj podawano *Potio Rivieri*, eter octowy, piżmo, synapizmy na okolice żołądka i od czasu do czasu nalewkę makowcową. (*Deut. med. Wochschr.* 1887, Nr. 20). *Dr. J. Surzycki.*

Chirurgija.

Jodoform jako środek antiseptyczny.

1) Heyn i Rovsing, Das Jodoform als Antisepticum. 2) R. Wittelshöfer, Das Jodoform als Antisepticum und „Eine Abwehr". Wien. med. Wochschr. 1887. Nr. 6, 11. 3) Friedländer, Erklärung betr. die Mittheilung das Jodoform als Antisepticum, von Heyn und Rovsing. Fortschr. d. Med. 1887 Nr. 5. 4) Poten, Bemerkung zu den Jodoformuntersuchungen,

von Heyn und Rovsing. J. p. 5) König, Zulässigkeit des Jodoforms als Wundverbandmittel. 6) De Ruyter, Vortrag auf dem XVI Congr der deutsch. Gesellsch. f. Chir. Münch. med. Wochschr. Nr. 16. 7) Baumgarten, Ueber das Jodoform als Antisepticum. Berl. klin. Wochschr. 1887. Nr. 20. 8) Tilanus, Ist Jodoform ein Antisepticum? Münch med. Wochschr. 1887 Nr. 17. 9) Mosetig-Moorhof, Ein letztes Wort zur Jodoformfrage. Wien. med. Wochschr. 1887 Nr. 21.

Z początkiem bieżącego roku pojawiła się praca doświadczalna dwóch Duńczyków Heyna i Rovsinga, odmawiająca jodoformowi wszelkich własności antiseptycznych. Praca ta wywołała wielkie poruszenie w świecie lekarskim, a najlepszym dowodem tego cały szereg prac powyżéj wymienionych. Gdy i u nas jodoform powszechne już znalazł użycie, nie od rzeczy więc będzie zestawić wszystko, co *pro* i *contra* temu środkowi powiedziano. Przedewszystkiém jednak muszę nieco dokładniéj opisać doświadczenia badaczy duńskich i wnioski, do których oni doszli.

Doświadczenia robili oni na rozmaitych rodzajach pleśni, na mikrokokach ropnych, na gatunku *staphylococcus pyog. aureus*, *pneumococcus* i *bacillus subtilis*; jodoformu używali w proszku, w zawiesinie, w rozpuszczeniu i w gazie; kilka także doświadczeń wykonali na zwierzętach. Powyżéj wspomniane rodzaje bakteryj posypywali oni proszkiem jodoformowym lub téż mięszali z zawiesiną lub roztworem jodoformu, następnie zaś szczepili w ten sposób otrzymaną mięszaniną rozmaite sterylizowane pożywki. Wynik doświadczenia był zawsze dodatni; po jednym, dwóch lub trzech dniach rozwijały się bujnie odpowiednie rodzaje bakteryj. Przy doświadczeniach z gazą jodoformową przekonali się również, że takowa rozmaite mikroorganizmy w sobie zawiera i że wcale nie zapobiega rozwijaniu się tychże. Mięszanina jodoformu i kultury *staphylococcus aureus* wstrzyknięta królikowi w kolano zawsze ropienie wywoływała.

Na podstawie tych doświadczeń wysnuli Heyn i Rovsing następujące wnioski: 1) Jodoform nie ma wcale własności antiseptycznych. 2) Jest środkiem niebezpiecznym, gdyż wraz z nim wprowadza się najrozmaitsze rodzaje bakteryj, zupełną energiją życia obdarzone. 3) Wyników dodatnich, jakiemi śród użycia jodoformu liczni chirurgowie się szczycili, nie należy przypisywać jodoformowi, lecz równocześnie używanym rozmaitym płynom antiseptycznym; jednakże i te ostatnie niezawsze są w stanie zniszczyć zupełnie zgubny wpływ mikroorganizmów, które tkwiąc w wnętrzu grubszych ziarnek jodoformowych i nie stykając się w ten sposób z temi płynami nadal zdolność życia zachowują.

Doświadczenia te, jak widzimy, z zupełną ścisłością wykonane i wnioski pozornie zupełnie logicznie wysnute zagroziły poważnie dotychczas tak powszechnie używanemu sposobowi leczenia ran. Pierwszym, który w obronie jodoformu stanął, był Wittelshöfer. W dwóch artykułach zbyt może ostrych zwrócił on słusznie uwagę, że wnioski teoretycznie wysnute z doświadczeń nie są w stanie wyrugować faktów kilkoletniém doświadczeniem stwierdzonych. Friedländer przypuszcza, że jodoform działa tylko pośrednio zwiększając własności antiseptyczne samych tkanin; przypuszczenie bardzo usprawiedliwione, gdyż jodoform pobudza granulacyje, które, jak wiemy, najlepszą zaporę przeciw mikroorganizmom stanowią. König przemawia również za jodoformem; według niego wartość jodoformu polega na własności usuwania wydzieliny rannéj, która stanowi doskonałą pożywkę dla mikroorganizmów. Na ostatnim wreszcie kongresie chirurgów de Ruyter wygłosił zdanie, że jodoform nie działa na bakteryje, lecz na ptomainy z nich się wytwarzające, z któremi wchodzi w połączenie chemiczne. Podczas gdy dotychczas przytoczeni autorowie starają się teoretycznie obronić środek tak znakomite usługi oddający przez kilka lat chirurgii, Poten poddaje krytyce naukowéj same doświadczenia, Tilanus zaś kontroluje je jeszcze raz je przeprowadzając. Poten zarzuca badaczom duńskim, iż robili doświadczenia bakteryjologiczne w ten sposób, że jodoform nie mógł się na jod rozłożyć i działać antiseptycznie. Także i doświadczenia na zwierzętach nie przekonywają Potena, gdyż w stawach warunki dla rozwoju mikroorganizmów są o wiele korzystniejsze aniżeli dla rozkładu jodoformu i działania w ten sposób. Tilanus robił doświadczenia podobnie jak Heyn i Rovsing i przyszedł również do przekonania, że jodoform nie ma własności antiseptycznych; równocześnie jednakże zwraca uwagę, że jodoform rozpuszczony w oliwie wkrótce się rozkłada i że wydziela się jod czysty, jak wiemy, dzielny środek antiseptyczny, daléj, że u chorych jodoformem opatrywanych jod w moczu się znajduje. Czyż więc nie jest możebném, że pod wpływem żyjących tkanek jodoform się rozkłada i jod jako taki działa?

Dwie dalsze prace Baumgartena i Mosetiga zajmują się nadto wpływem jodoformu na prątki gruźlicze, a względnie na samą gruźlicę. Baumgarten, a raczéj pod jego kierunkiem Kunze, robił cały szereg doświadczeń na zwierzętach i przyszedł do przekonania, że bakteryje, a między niemi i prątki gruźlicze, wcale nie tracą swéj siły żywotnéj pomimo obfitego zastosowania jodoformu. Dodatni wpływ jodoformu w gruźlicy miejscowéj tłumaczy autor wynikami doświadczeń swego ucznia Marchanda, który wykazał już przed kilku laty, że pod wpływem jodoformu komórki olbrzymie rozwijać się nie mogą. Mosetig-Moorhof zajmuje się tylko pracą późniejszą Rovsinga, w któréj tenże wykazał, że jodoform nie jest środkiem przeciwgruźliczym, a któréj to pracy ja niestety dotychczas nie znam. W artykule więcéj niż ostrym zwraca uwagę, że kilka doświadczeń na zwierzętach nie jest w stanie zaćmić faktów kilkoletniém doświadczeniem stwierdzonych i zaznacza, że on ani „na jotę“ nie odstępuje od tego, co przed kilku laty powiedział, że jodoform jest dzielnym środkiem przeciwgruźliczym i w ogóle antiseptycznym. *Dr. Sondermayer.*

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarzy galicyjskich. Sekcyja lwowska.

VIte zwyczajne posiedzenie z dnia 23 kwietnia 1887.

Przewodniczący prof. Dr. H. Kadyi. Obecnych członków 16.

Kol. Prezes odczytał telegram, który imieniem sekcyi wysłał do Krakowa z powodu 25-letniéj rocznicy istnienia *Przeglądu Lekarskiego.*

Kol. protomedyk Biesiadecki w serdecznem przemówieniu dziękuje Sekcyi lwowskiéj za szczery współudział w Jubileuszu.

Kol. Tatarczuch przedstawił chorego, który przebywał *herpes zoster* bez bólów.

Kol. Mahl przedstawił dziecko ze *spina bifida* i z następowém porażeniem odnóg dolnych. Przy téj sposobności wspomina kol. Schramm, że niedawno podobne dwa przypadki operował, jak dotychczas, z pomyślnym skutkiem.

Kol. Sielski okazał przyrząd do podtrzymywania nóg w położeniu pośladkowo-grzbietowém przy operacyjach ginekologicznych i położniczych, podług modelu, jaki przywiózł Dr. Otto w Petersburgu z Anglii. Przyrząd ten oddaje dobre usługi w ra-

zie braku dostatecznéj liczby asystentów i zaleca się jeszcze tém, że jest mały i że go można w razie potrzeby zabrać ze sobą w kieszeni.

Następnie okazał kol. Sielski strzykawkę własnego pomysłu do wstrzykiwań śródmacicznych. Najracyjonalniejszym sposobem leczenia przewlekłego zapalenia błony śluzowéj ciała macicy jest, według zdania większości obecnych ginekologów, wyłyżeczkowanie choréj błony śluzowéj, a następnie wstrzykiwanie co kilka dni do jamy maciczněj płynów przyżegających (*Liqu. ferri sesquichl. conc., Tinct. jodi etc.*). Do wstrzykiwań śródmacicznych używają najczęściéj strzykawki Brauna. Takie wstrzykiwania nie są zupełnie bezpieczne, a w literaturze jest zanotowanych kilkanaście przypadków śmierci po wstrzyknięciu płynu do jamy macicy, nie mówiąc już o licznych ciężkich zachorowaniach, szczególniéj na zapalenie otrzewny. Mechaniczne rozszerzenie macicy, przez wstrzyknięcie do jamy płynu, może sprowadzić zapalenie miąższu macicy, które czasem przechodzi na otrzewnę. Niebezpieczeństwa można łatwo uniknąć, jeżeli postaramy się o to, aby wstrzyknięty płyn mógł z jamy maciczněj swobodnie odpływać. Gdy atoli szyjka macicy jest rzadko tak szeroka, aby to mogło nastąpić, przeto wielu ginekologów postępuje w ten sposób, że przed wstrzykiwaniem rozszerzają sztucznie szyjkę macicy. Pominąwszy już tę okoliczność, że takie rozszerzanie jest postępowaniem bardzo niemiłém i niezupełnie bezpieczném, nie usuwa ono jednak na pewno opisanych poprzednio niebezpieczeństw. Podrażnienie macicy, wywołane przez wstrzyknięcie do jéj jamy płynu przyżegającego, jest częstokroć tak znaczne, że mimo sztucznego rozszerzenia szyjki następuje silny skurcz ujścia wewnętrznego i wstrzyknięty płyn nie może się wydostać z jamy macicy. Otóż kol. Sielski dał sobie sporządzić strzykawkę, która odpowiada swemu celowi i dozwala na wolny odpływ płynu wstrzykiwanego do macicy. Rurka nasadowa strzykawki ma kształt nasady strzykawki Brauna, lecz jest sporządzona z czystego srebra. Koniec jéj w długości 9 cm. jest bardzo cienki i ta część wkłada się w cewkę téj saméj długości, zaopatrzoną w bardzo wielkie okienka. Cewka przymocowuje się do rurki za pomocą gwintu, jak przy cewniku macicznym Bozemanna-Fritscha. Wstrzykiwany płyn dostaje się do cewki, a przez okienka téjże do błony śluzowéj macicy i jeżeli strzykawkę przesunie się kilka razy w jamie macicy, to wszystkie części błony śluzowéj zetkną się z przyżegającym płynem. Odpływ płynu jest zupełnie wolny przez górne okienka cewki, gdyż ta wchodzi do jamy maciczněj tylko na 7 cm. Strzykawki téj używa kol. Sielski od roku i od tego czasu nie miał żadnego przykrego przypadku. Z wyników leczenia jest zupełnie zadowolony.



W dyskusyi zabrał głos kol. Bylicki mówiąc, że jakkolwiek ulepszenia w tym kierunku sympatycznie witać należy, to nie mógłby przypisać korzyści ulepszeniu kol. Sielskiego. Przyrządowi brak bowiem bardzo ważnéj własności, zastosowania zakrzywienia stosownie do przebiegu szyi maciczněj, które dogodnie da się zastosować przy rurkach ze zbitego spręžnika, jeżeli się takowe ogrzeje. Następnie jeżeli się wstrzykuje strzykawką Brauna płyn wolno kropla za kroplą przy rozszerzonéj szyi, tenże spływa po rurce i wypływa na zewnątrz, to tém samém tylko mała część błony śluzowéj macicy styka się z płynem wstrzykniętym. Sądzi zatém, że rurka zewnętrzna strzykawki kol. Sielskiego temu zetknięciu jeszcze przeszkadza, pośrednicząc nie tylko otworami w ścianach umieszczonemi. Wsuwanie zaś rurki o stałém zagięciu i użycie kleszczyków do pociągania macicy, czyni operacyję dla chorych zawsze bolesną. Kol. Bylicki uważa za większe ułatwienie, przygotowanie szyi pręcikiem blaszkownicy stosownie zagiętym i wstrzyknięcie strzykawką Brauna, którą uważa za narzędzie doskonałe. Podnosi w końcu również znaczną różnicę, jaka zachodzi w leczeniu chorych w ambulatoryjum lekarskiém prywatném, i tę okoliczność, że zanim się zdecyduje wykonać wstrzykiwanie u ambulantki, bada poprzednio dokładnie dotkliwość macicy sondowaniem.

Kol. protomedyk Biesiadecki i kol. Schramm podnoszą zalety przyrządu kol. Sielskiego; wedle pierwszego działanie środka przyniesionego do macicy za pomocą przyrządu Dra Sielskiego nie jest wywarte w główněj sile tylko na jedno miejsce, t. j. na dno macicy, lecz w niezmienioném natężeniu udzielić się może całéj jamie maciczněj. Kol. Schramm uważa, że płyn po zadziałaniu łatwiéj odpływać może przy użyciu sondy kol. Sielskiego. W odpowiedzi zabiera głos kol. Sielski, mówiąc, że najważniejszy zarzut, jaki czyni kol. Bylicki jego strzykawce, t. j., że jest sporządzona z materyjału niedającego się stosownie do przebiegu szyi macicy naginać, nie uważa za stosowny. Pominąwszy już uwagę kol. Schramma, że gdyby o to chodziło, to możnaby ją sporządzić z twardego kauczuku, musi powtórzyć, co już powiedział, że rurka nasadowa jego strzykawki ma kształt nasady strzykawki Brauna, a żeby który z ginekologów korzystał z własności twardego kauczuka i wyginał rurkę nasadową strzykawki Brauna podług potrzeby, tego nigdy nie widział, ani czytał, ani słyszał. Byłoby to nawet zupełnie zbědném, gdyż rurkę nasadową strzykawki Brauna w téj postaci, jaką posiada, można do jamy prawie każdéj macicy wprowadzić. Używa w tym celu haczyka ostrego i za jego pomocą wyprostowuje zgięcia maciczne. Żeby użycie ostrego haczyka było rękoczynem bolesnym, tego nie może prelegent potwierdzić, oprócz w przypadkach ostrych i przy ostrych sprawach zapalnych narządów płciowych, lecz w tych razach nie tylko śródmaciczne wstrzykiwania, ale w ogóle wszelkie rękoczyny są przeciwwskazane. Również nie może się zgodzić z zapatrywaniem kol. Bylickiego, jakoby rozszerzanie szyi macicy za pomocą blaszkownicy było tak niewinne, jak zakładanie ostrego haczyka. Przedewszystkiém postępowanie to trwa długo, oprócz tego nie każdéj choréj pozwoliłby z pręcikiem blaszkownicy chodzić, więc chora musi częstokroć leżeć całemi dniami niepotrzebnie w łóżku i ostatecznie, co jest rzeczą najważniejszą, rozszerzenie szyjki macicy za pomocą pęczniejących rozszerzadeł jest rzeczą wcale niebezpieczną i niejednokrotnie było przyczyną śmierci choréj, bez ścisłych więc wskazań nie powinno się przystępować do téj operacyi. Rozszerzenie sztuczne szyjki nie daje jeszcze pewnéj rękojmi, że można bezkarnie wstrzykiwać do jamy maciczněj przyżegające płyny, gdyż zdarza się, że mimo rozszerzenia ujście wewnętrzne tuż po wstrzyknięciu ściąga się i odpływ płynu staje się niemożliwym. Że strzykawka Brauna nie jest tak doskonałym przyrządem, jak twierdzi kol. Bylicki, świadczy ta okoliczność, że nawet najdzielniejsi ginekologowie wspominają z własnéj praktyki o przypadkach śmiertelnych zejść po jéj użyciu. — Daléj twierdzi kol. Bylicki, że rurka zewnętrzna strzykawki przeszkadza zetknięciu się płynu z błoną śluzową jamy macicy. Prelegent i temu zaprzecza, gdyż otwory w rurce są bardzo wielkie i tak ułożone, że przesunąwszy strzykawkę kilka razy w jamie maciczněj tam i napowrót zetkną się stanowczo wszystkie części błony śluzowéj z wstrzykniętym płynem. Co się tyczy różnicy, jaka ma zachodzić między leczeniem chorych w ambulatoryjum publicznëm a prywatném, to ta nie istnieje u kol. Sielskiego, strzykawki swojéj używa on równie często w praktyce prywatnéj jak i w lecznicy. Daléj prelegent mówi, że jeżeli kol. Bylicki wykonywa wstrzykiwania tylko u tych chorych, o których przy sondowaniu przekonał się, że ich macice nie są dotkliwe, to nie pojmuje, kiedy i w jakim celu to zresztą czyni, wszak wstrzykiwania przyżegających płynów do jamy macicy są wskazane prawie wyłącznie w *Endometritis corporis chron.* a jednym z najbardziéj charakterystycznych objawów przewlekłego zapalenia błony śluzowéj jamy

macicy jest właśnie drażliwość jéj przy zetknięciu się końca zgłębnika z nabrzmiałością. Zachodzi tylko ta różnica, że u jednych chorych cała błona śluzowa jest bolesną, a u innych tylko pewne miejsca, w miarę tego, czy cała błona śluzowa, czyteż tylko pewne jéj części są chore.

Z kolei odczytał kol. Pawlikowski rzecz o środkach ochronnych przeciw cholerze. *Dr. Wiczkowski.*

VII. Higijena, Epidemijologija, Policyja lekarska.

Szczepienia ochronne Pasteura a „Szkoła berlińska".

W Nrze 26 naszego pisma zamieściliśmy list Pasteura w odpowiedzi na broszurę Frischa, oraz rozprawy, jakie się toczyły nad tym listem w Towarzystwie Lekarskiém wiedeńskiém. W rozprawach tych Frisch nadmienił, iż niesłusznêm jest mniemanie Pasteura, jakoby szkoła berlińska zmieniła pierwotne swe zapatrywania co do szczepień wąglika bo pod tym względem żadna zmiana nie zaszła. Obecnie w *Wien. med. Blätter* znajduje się list z Berlina, w którym wykazano, że Pasteur ma słuszność, bo zmiana w zapatrywaniach szkoły berlińskiéj co do sprawy szczepień wąglika nastąpiła. Dowodzi tego książka wydana przez Fraenkla: *Grundriss der Bakterienkunde*, którą, ponieważ Koch zgodził się z zapatrywaniami w niéj objawionemi, uważać można za wyraz zapatrywania się na rzecz przez „Szkołę berlińską". W ustępie dotyczącym szczepień ochronnych, a względnie wąglika i wścieklizny psów, powiedziano tam:

Byłoto znów wielką zasługą Pasteura, że drogą doświadczeń zbadał lepiéj to dotąd odosobnione spostrzeżenie i dowiódł, że ma ono znaczenie także w podobnych stosunkach. Wyszedł on z zapatrywania, iż w przyrzucie krowianki upatrywać należy osłabiony przyrzut ospy prawdziwéj i przeniósł następnie doświadczenia o szczepieniu ochronném na wszystkie te przypadki, co do których sądził, że posiada ich jad osłabiony. Stało się to istotnie z wielkim skutkiem.

Tak co do cholery kur, jak późniéj co do wąglika i róży u świń, udało mu się przez ostrożne użycie różnych rodzajów osłabionego jadu zabezpieczyć zwierzęta od wniknięcia zazwyczaj najdzielniejszego materyjału.

Łatwo pojąć, że do odkrycia tak zdumiewającego rodzaju dołączono zaraz najśmielsze nadzieje i projekty a mianowicie natychmiast wielce przeceniono praktyczną doniosłość tych faktów. Koch i jego współpracownicy wykazali, o ile właśnie co do tego punktu wskazaną jest rozsądna ostrożność. I oni mogli stwierdzić, iż przez podskórne wstrzykiwania osłabionego wąglika można uczynić zwierzęta oporniejszemi na następowe szczepienie hodowlami najjadowitszemi, ale zauważyli równocześnie, że udaje się to jedynie u niewielu i niektórych rodzai zwierząt, a daléj że przez to i w najlepszym razie nie osięga się pewności w obec takich najść choroby wąglikowéj, jakie zwykły mieć miejsce w zwykłych stosunkach. Zwierzęta zarażają się zazwyczaj karmą przez przewód pokarmowy, zarodniki zawierający materyjał przechodzi przez żołądek, nie ulegając zniszczeniu, do kiszek a ztąd przyrzut dostaje się do ciała. W obec tego rodzaju zarażenia szczepienie udziela stosunkowo niewielkiéj tylko ochrony a zwierzęta częściowo giną po niém.

O ile jednak co do czysto praktycznéj strony odkrycia Pasteura sprzeczać się można, o tyle pewnym jest pod względem naukowym wiele znaczący fakt, iż w pewnych okolicznościach przez osłabiony przyrzut nawet najbardziéj zaraźliwy materyjał uczynić można nieskutecznym. Dowiedziono tego dla prątków cholery kur, wąglika i róży u świń, a jak powszechnie wiadomo w najświeższym czasie dla cierpienia, które bardzo prawdopodobnie jest także chorobą na istnieniu prątków polegającą, dla wścieklizny psów. Do tego przybywa jeszcze spostrzeżenie Loefflera, również tu należące. Laseczniki septicemii u myszy zaszczepione na uchu królików sprawiają proces chorobowy mniéj lub więcéj rozległy, podobny do róży, zapalny, który w przeważnéj liczbie przypadków bez dalszych następstw kończy się wyleczeniem. Zwierzęta jednak są w obec wszelkiego powtórnego zapadnięcia na chorobę podobnego rodzaju z pewnością opornemi i pozostają takiemi aż do czasu nie dającego się oznaczyć.

Następny szkic z wspomnianego dzieła Fraenkla daje ogólny obraz nauki w tym przedmiocie:

Sztuczna ochrona bywa zazwyczaj têm doskonalszą i trwalszą, im oględniéj wykonywa się szczepienie ochronne. Nie należy po całkiem osłabionym przyrzucie stosować zaraz w całéj pełni skutecznego jadu, lecz dopiero powoli przechodzić do niego posługując się odpowiedniemi stopniami pośredniemi. Pasteur używa co najmniéj dwóch szczepionek różnéj jadowitości: po słabszéj *(le premier vaccin)* zwierzęta są zwykle miernie choremi, mocniejsza (*deuxieme vaccin*) zostaje już bez skutku, co odnosi się również do niezmienionego jadu.

Nic dziwnego, że w obec doniosłości faktu nabytéj ochrony kuszono się o jéj wytłumaczenie. W tym względzie nie przekroczono atoli dotąd granicy przypuszczeń, oto najgłówniejsze z nich:

Prątek „niepowtarzający się", gdy po raz pierwszy ustrój nagabnie ma w niém zużywać wszystkie te istoty, jakich do rozwoju potrzebuje. A skoro one się nie odradzają, ustaje na przyszłość możność powrotu dla prątka. Inni sądzą, że nie tyle zużycie pewnych istot, ile raczéj wytworzenie właściwych istot, które do ustroju przechodzą i ustalają się w niém, daje powód do zniszczenia zdolności odżywiania szczegółowych rodzai prątków. Prątki niszczą též może nagabnąwszy ustrój po raz pierwszy wszystkie te elementy komórkowe, które są z góry mniéj opornie ukształtowane. Ponowny napad zastaje zatém tylko silne i dobrze ukształtowane elementy, uniemożebniające skuteczny rozwój prątka.

Porównywano też wpływ prątków z wpływem różnych trucizn, np. tytoniu lub wyskoku, przy użyciu których nastaje powolne przyzwyczajenie do szkodliwości. Dopatrzono wreszcie, że istnieje zacięta walka między prątkami i komórkami i że białe ciałka krwi otaczają te obce napastniki, opanowują je i starają się zniszczyć. Jeżeli zarazimy przystępne dla jadu zwierzęta trującym wąglikiem, to nie możemy odkryć nic, coby nam wskazywało istnienie takiego przyjmowania prątków przez ciałka krwi, — ale ma to miejsce, jeżeli zaszczepimy zwierzę nieulegające wąglikowi. To tak różne działanie téj saméj przyczyny musi mieć powód w zdolności lub lub niezdolności ustroju, a względnie jego komórek, chłonienia prątków, a ponieważ właściwych powodów téj nierównéj zdolności oporu nie znamy, to określamy to ogólném mianem „usposobienia do choroby" lub przystępności dla pewnego rodzaju prątków.

Usposobienie ma nam nietylko wyjaśnić, dla czego z dwu rodzai zwierząt jeden jest dostępny drugi zaś nie, ale także dla czego z wielu osobników jednego rodzaju w tych samych warunkach jedne ulegają zarażeniu inne zaś nie. Usposobienie to, skłonność do chorób, może być nabyte, może być wrodzone, może przechodzić z pokolenia na pokolenie, nie zyskując nic na pewności lub stałości. Jeżeli nierówne zacho-

wanie się komórek w różnych rodzajach zwierząt, w obec tego samego jadu stanowiło jeden punkt zwracający na siebie uwagę przy tych doświadczeniach, to punkt drugi zwracał na siebie jeszcze większą uwagę.

Jeżeli bowiem zwierzę dostępne zaszczepimy osłabionym przyrzutem wąglika, to komórki przyjmują go i czynią nieszkodliwym, osłabione prątki giną w walce.

Na gruncie tych faktów utworzono przypuszczenie o istocie nabytej ochrony i szczepienia ochronnego. Według tego przypuszczenia białe ciałka krwi skoro miały sposobność przyjąć unieszkodliwiony przyrzut, mogą się powoli przyzwyczaić chłonąć bez szkody coraz dzielniejsze stopnie, tak że w końcu znoszą i najjadliwszy materyjał. Jeżeli to już wymaga ze strony komórek zdatności, to celem wytłumaczenia stałej ochrony wypada od nich wymagać jeszcze większej sprawności. Komórki są przemijającemi tworami, a jeżeli ochrona ustroju od jakiejś choroby po jednorazowém jéj przebyciu lub po szczepieniach ochronnych ma zależeć od tego, aby te komórki nauczyły się pochłaniać nieprzyjaciół, to pozostaje tylko przypuszczenie, że mogą te własności przekazywać swym następcom i wnukom swym w niezmiennéj mierze i jednakiéj sile. *Dr. Grabowski.*

---

* W sprawie lekarzy gminnych. Z ogłoszenia Namiestnictwa morawskiego (w *W. Allg. med. Ztg.*) wynika, że w prowincyi téj, w któréj instytucyja lekarzy gminnych przeprowadzoną została i na którą ciągle się powołują, opróżnionych jest obecnie 33 posad lekarskich, a ponieważ na każdą z tych posad składa się 1—12 gmin, więc 212 gmin jest bez dozoru lekarskiego. Prawda, że posady te, z wyjątkiem dwóch po 900 i 930 zł. a., są źle płatne: na 33 posad wynagrodzonych jest niżéj 500 zła. miejsc 22, a pomiędzy niemi jedna posada z płacą 190, jedna 140 a jedna nawet z płacą roczną 50 zła.! W ten sposób organizacyję przeprowadzić można, ale — na papierze!

* Wystawa higijeniczna w Warszawie. Za inicyjatywą redaktora *Zdrowia* Dra J. Polaka urządziła Warszawa na rozległym placu między ulicą Ujazdowską a Piękną wystawę higijeniczną. Pomieszczono na niéj prawie wyłącznie z Królestwa Polskiego a przedewszystkiém z Warszawy wszystko, co ma związek z ochroną zdrowia i życia ludzkiego.

Nie taimy wcale tego, że na wieść o jéj urządzeniu mieliśmy pewną obawę, że to za śmiały plan, zwłaszcza, że podobne wystawy urządzały dotąd tylko takie stolice, jak Londyn, Bruksela, Berlin, a w części także i Paryż. Tymczasem przekonaliśmy się, że obawy nasze były płonne. Wystawa warszawska udała się świetnie. I jeżeli miała ona za cel ożywić zajęcie się zdrowiem u naszego społeczeństwa, wtajemniczyć ogół w główne zasady higijeny sposobem poglądowym, podniecić przemysł w kierunku zdrowotnym i zachęcić ludzi nauki do poświęcenia swéj wiedzy dla zdrowia ogółu, to przyznać musimy, że rozwinęła ona wszelkie warunki po temu.

Nie silono się okazać na niéj tylko to, coby nosiło na sobie cechy nowości, ale starano się głównie o to, aby zwiedzający miał obraz dokładny a jasny przedmiotu należącego do pewnego działu higijeny. Szkoda tylko, że ogół lekarzy i techników galicyjskich za mało się nią zainteresował, bo nadarzyła się na niéj przedewszystkiém dla naszych panów techników pod względem wykształcenia higijenicznego nader niskie zajmujących stanowisko bardzo cenna sposobność pouczenia się na najbardziéj dzisiaj popłatném polu urządzeń sanitarnych. Być może, że nie pominą oni téj sposobności, jeżeli się uda komitetowi wystawy, otwarcie jéj przydłużyć do 15 lipca b. r. *Dr. B.*

* W obronie niemowląt wydało rzeszowskie c. k. Starostwo pod d. 27 czerwca br. L. 12.054 następujący okólnik.

„Ponieważ w wielu gminach tutejszego powiatu kobiety wiejskie przyjmują dzieci obce na wymamczenie, a śmiertelność pomiędzy takiemi dziećmi jest nader wielką, tak, iż zachodzi podejrzenie, że dzieci nie znajdują odpowiedniéj opieki u kobiet, które się ich mamczenia podjęły — i że nawet, niekiedy może rozmyślne, złe obchodzenie się z takiemi niemowlętami jest przyczyną ich śmierci, przeto Starostwo widziało się zniewoloném do zarządzenia, co następuje:

1. Każda kobieta przyjmująca jakiekolwiek obce dziecię na wymamczenie, winna o tém najpóźniéj w 3ch dniach donieść zwierzchności gminnéj.

2. Zwierzchności gminnéj polecono prowadzić wykazy dzieci przyjętych na wymamczenie, zamieszczając imię i wiek dziecka, imię, nazwisko i zamieszkanie jego rodziców, imie i nazwisko kobiety, która dziecię wzięła na wymamczenie, jakotéż dzień przyjęcia dziecka.

3 Przynajmniéj raz na miesiąc winna kobieta przynieść takie dziecię do wójta, który z jego wyglądania osądzi, czy takowe ma odpowiednią opiekę. Gdyby wójt spostrzegł, że dziecię jest wychudzone, lub że ma na sobie znaki uszkodzenia, winien zaraz śledzić za przyczyną, czy wychudzenie pochodzi od choroby lub głodzenia dziecięcia i czy znaki uszkodzenia są przypadkowe, albo może od bicia pochodzą. W razie podejrzenia lub pewności, że kobieta mamcząca źle się obchodzi z dziecięciem, winien ją wójt upomnieć i zaraz o wypadku tym donieść, celem dalszego dochodzenia przez c. k. żandarmeryję.

4. Oglądaczom zwłok przypomnieć należy, aby pamiętając na złożoną przysięgę, badali zawsze jak najdokładniéj zwłoki takich dzieci, a mianowicie, aby śledzili, czy śmierć ich nie nastąpiła przez brak opieki, głodzenie, bicie, albo katowanie; w takim bowiem przypadku nie wolno im wydawać kartki pośmiertnéj, lecz mają donieść zwierzchności gminnéj o swoich podejrzeniach, która dany przypadek zbada przez przesłuchanie domowników i sąsiadów, a następnie albo upoważni oglądacza do wystawienia kartki pośmiertnéj, jeżeli śmierć nie nastąpiła z winy mamczącéj kobiety, w przeciwnym zaś razie wstrzyma pogrzeb dziecięcia, zawiadamiając o zaszłym karygodnym przypadku ck. Starostwo i przynależną władzę sądową.

5. W pierwszéj połowie stycznia i lipca każdego roku winna zwierzchność gminna nadesłać Starostwu wykaz wszystkich dzieci oddanych na wymamczenie, podając w wykazie tym wszystkie szczegóły zamieszczone w ustępie 2 niniejszego okólnika.

6. Okólnik ten należy ogłosić w całéj gminie z tego już powodu, że kobieta, która wójtowi nie doniesie o przyjęciu obcego dziecięcia na wymamczenie, ukarana będzie grzywną 2 zła.

7. Wszystkie posterunki c. k. żandarmeryi otrzymują nakaz, aby przy sposobności patrolowania po gminach sprawdzały, czy wykazy prowadzone przez zwierzchność gminną obejmują wszystkie dzieci na wymamczenie oddane, jakotéż, aby się przekonywały, jaką opiekę dzieci te mają“.

Rozporządzenie to uważamy za nader stosowne i bardzo na czasie będące; przepisy bowiem w niém zawarte zdołają w wielkiéj części zaradzić złemu, wynikającemu z braku domów dla podrzutków. Dla tego sądzimy, że wszystkie starostwa powinny iść za przykładem starostwa rzeszowskiego.

VIII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 7 lipca. W poniedziałek d. 4 bm. odbyła się w *Collegium novum* podniosła uroczystość. Ignacy Domeyko, zatrzymawszy się w Krakowie w przejeździe do Drezna, zaproszony został przez prorektora (w zastępstwie bawiącego we Lwowie rektora) i dziekana Browicza do auli, gdzie w obecności profesorów i uczniów wręczono mu dyplom doktora medycyny *honoris causa*. Prorektor Łepkowski w serdeczném przemówieniu podniósł znaczenie téj promocyi, poczém prof. Blumenstok odczytał osnowę dyplomu, który dziekan prof. Browicz wręczył sędziwemu profesorowi i rektorowi. Rozczulony podziękował za zaszczyt, a następnie przyjął od filaretów naszych adres, który mu wręczył akademik p. Szeptycki. Młodzież akademicka postanowiła nowego doktora Uniw. Jagiell. odprowadzić na koléj i pożegnać go serdecznie.

* W Krynicy dotąd było gości 732, w Iwoniczu 107, w Cieplicach czeskich 2956, w Gainfarn 562.

* **Gorlice**. Donoszą nam, że lekarz miejski, p. Jerzy Koller obchodził w maju r. b. jubileusz 50-letni zawodu lekarskiego, z którego to powodu lekarze z Gorlic i Biecza zasługi jego zawodowe i obywatelskie uczcili ucztą składkową.

* **Dorpat.** Rozpoczęta z początkiem r. b. budowa nowego gmachu na pomieszczenie zakładów fizyjologicznego i patologicznego, na który przeznaczono 50 000 rubli, jest prawie na ukończeniu.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Berlin.** Niezadługo rząd ma usystemizować nową katedrę dla chemii fizyjologicznéj i sądowéj. — **Birmingham.** Dr. Bennet May mianowany prof. chirurgii. — **Praga czeska.** Na kierownika polikliniki w Wydziale niem. przedstawiono prof. Fleischera z Erlangi i Jakscha z Gracu. — Rektorem Uniw. niemieckiego na rok przyszły wybrany prof. botaniki Willkomm. — Rektorem Uniwersytetu czeskiego wybrany został prof. chirurgii Weiss. — **Graz.** Dziekanem Wydziału lek. wybrany prof. Zuckerkandl. — **Würzburg.** Prof. Kölliker d. 6 bm. kończył rok 70 życia i obchodził zarazem jubileusz 40-letniego zawodu nauczycielskiego.

* **Odznaczenia.** Prof. Verneuil w Paryżu wybrany został członkiem Akademii w miejsce Gosselina. — Proff. Esmarch i Volkmann wybrani zostali członkami honorowymi *Royal society of physicians and surgeons.* — Radca sekcyjny w ministerstwie oświecenia węgierskiém Dr. Markosovszky mianowany rzeczywistym radcą ministeryjalnym.

* **Wiadomości osobowe.** Stopnie doktorów w. nauk lekarskich otrzymali w Uniw. Jagiell. pp. Józef Łuszczkiewicz z Krakowa, Gustaw Piotrowski z Tarnowa, Kaźmierz Krasuski z Majdanu górnego i Józef Milerowicz z Tarnowa.

* **Nekrologija.** W Kijowie d. 30 czerwca zmarł po krótkiéj chorobie Dr. Adolf Ferdynand Knothe. Urodzony w r. 1824 w Winnicy na Podolu, kształcił się w słynném gimnazyjum miejscowém, następnie ukończył wydział medycyny w Kijowie i pierwszy z wychowańców nowego uniwersytetu złożył w r. 1848 egzaminy na stopień doktora medycyny, poczém przez 2 lata był asystentem przy prof. Karawajewie. Wypadki 1863 roku przeniosły go do gub. Penzeńskiéj, następnie na całe lat 16 do Ekaterynosławia, gdzie czynność swą rozpoczął od budowy kościoła, którego następnie był syndykiem. Nadto bezpłatnie sprawował urzędy lekarza przy gimnazyjum żeńskiém, przy towarzystwie dobroczynności, był prezesem komitetu sanitarnego, a ostatnio wiceprezesem towarzystwa lekarskiego. We wszystkich instytucyjach dobroczynnych czynny udział przyjmował, przez czas bardzo długi był prezesem powołanego przez niego do życia towarzystwa dla niesienia pomocy niezamożnym dziewczętom miejscowego gimnazyjum żeńskiego. Oceniono też na obczyźnie i cnoty obywatelskie nieodżałowanego kolegi, przez cały czas pobytu w Ekaterynosławiu był radnym miasta i honorowym sędzią pokoju. Do Kijowa przyjechał w końcu roku zeszłego. Krótko tu bawił, ledwo zdołał zapoznać się ze społeczeństwem miejscowém a juz nie jedna myśl wiele w przyszłości obiecująca w zacnéj głowie jego powstała, już żwawo krzątał się dokładając starań o urzeczywistnienie wzniosłych projektów. Śmierć znienacka go zaskoczyła, tém dotkliwszą była stratą... Przy wyniesieniu zwłok kol. Sadowski uczcił pamięć zmarłego piękną a serdeczną przemową. Zwłoki przewiezione do Różyna, gdzie obok ojca spocząć pragnął. Niech mu lekką będzie ta ziemia, którą tak szczerze kochał. *K. R.*

W Paryżu umarł Dr. Henryk Liouville, prof. nadzw., w 50ym roku życia; odznaczył się licznemi cennemi pracami w dziedzinie medycyny, higijeny i fizyjologii doświadczalnéj.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich.

W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 27: Herynga: O chirurgicznem leczeniu suchot krtani (c. d.); Garbowskiego: Uwagi o mięsieniu (c. d.); Orłowskiego: Sprawozdanie z oddziału chirurg. męskiego w szpitalu Dzieciątka Jezus z r. 1886. — W *Medycynie* Nr. 27: Goldflama: O t. zw. rozsianém zapaleniu nerwów (c. d.). — W *Wiadomościach Lekarskich* Nr. 12: Smoleńskiego: Kilka słów o cieplicach obojętnych; Blumenstoka: Nagła śmierć w szkole (dok.).

Redakcyja otrzymała:

H. PACANOWSKI: O stałym braku kw. solnego w soku żołądkowym i zaniku bl. śluzowéj żołądka. (Odbitka z *Medycyny* 1887), in 8vo str. 7.

Dr. UNNA: Ichthyol u. Resorcin. Hamburg et Leipzig, 1886 in 8vo, str. 83.

Prof. ZUELZER: Ueber d. Einfluss d. Ichthyolpräparate auf d. Stoffwechsel. (Odbitka z *Monatsbl. f. Prakt. Dermatol.* 1886) in 8vo, str. 8.

Prof. SCHWENINGER: Notiz ü. d. Ichthyol. (Odbitka z *Charité-Annalen* XI) in 8vo, str. 5.

Prof. NUSSBAUM: Ueber Erysipelas. (Odbitka z *Allg. W. med. Ztg.* 1887) in 8vo, str. 7.

Dr. ACKERMANN: Mittheilungen ü. d. Ichthyol. (Odbitka z *Corresp. d. allg aerzt. Vereins v. Thüringen* 1885) in 8vo, str. 6.

Dr. LORENZ: Das Ichthyol u. s. Bedeutung f. Militärgesundheitspflege. (Odbitka z *D. Militärärztl. Zeitschr* 1885) in 8vo, str. 7.

Dr. LARTIGAU: L'Ichthyol. (Odbitka z *Progrès Médical* 1887) in 8vo, str. 5.

Dr. A. RACIBORSKI: Hypnotyzm w paryskim szpitalu „La Salpêtrière". (Odbitka z *Kosmosu*) Lwów 1887, in 8vo, str. 60.

Piśmiennictwo lekarskie.

BEITRÄGE zur Physiologie. Carl Ludwig zu s. 70. Geburtstage gewidmet von s. Schülern. M. 4 Taf. gr. 8. Leipzig, F. C. W. Vogel. M. 20.

BEITRÄGE zur klinischen Chirurgie. Mittheilgn. a. d. chirurg Klinik zu Tübingen. Hrsg. v. P. Bruns. 2 Bd. 2. u. 3. Hft. gr. 8. M. 2 Holzsch. u. Taf. Tübingen, Laupp. M. 8.

BERICHT der k. k. Krankenanstalt Rudolph-Stiftung in Wien v. J. 1885. gr. 8. M. 6 Tab. Wien, Braumüller. M. 4.

BERICHT ärztlicher, des k. k. allgemeinen Krankenhauses zu Wien v. J. 1885. gr. 8. Ebd. 1886. M. 5.

Z dniem 7 bm. Administracyja „Przeglądu Lekarskiego" przeniesioną została na ulicę Sławkowską Nr. 8, I piętro.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Anatola Maryjana Kosterkiewicza.